**FORMULARIO 1**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

**SEÑORES**

**COMISIÓN DE ACREDITACIÓN**

**SERVICIO DE SALUD LIB. BDO. O”HIGGINS**

**PRESENTE:**

Yo,\_ cédula nacional de identidad

Nº profesión , vengo en acreditar en forma

(Obligatoria o voluntaria por excelencia) y por la presente declaro bajo juramento que para los efectos del proceso de acreditación de la ley Médica, regulado en DS Nº 128/04, que todos los antecedentes que señalo y adjunto según formato de presentación de antecedentes son totalmente fidedignos.

A su vez dejo constancia de que me encuentro en conocimiento de que las declaraciones que resulten falsas pueden ser constitutivas de delito sancionado en el art. 210 del Código Penal.

**FIRMA DE PROFESIONAL FUNCIONARIO**

**Rancagua,**

**FORMULARIO 2**

**PRESENTACIÓN ACREDITACIÓN VOLUNTARIA POR EXCELENCIA**

**(ART.23° DECRETO N° 128)**

YO……………………………………………………………………………………., RUT:…………………………………………profesional funcionario(a)…………………………….(Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Farmacéutico o Químico Farmacéutico, Bioquímico)vengo en manifestar por escrito, mi voluntad de someterme a Acreditación por excelencia, de acuerdo al Art. 23° y 24 del reglamento sobre Sistema de Acreditación ley Médica y en virtud de lo establecido en la Ley 20.261/08, Cumpliendo con los requisitos señalados para postular, los cuales serán acreditados:

a) Tener cinco años o más de permanencia en un cargo de planta, o en un empleo a contrata, Niveles I ó II al 01 de Mayo de…………………. (2020)

b) Haber sido calificado en Lista 1, durante los cinco últimos años, con 97 puntos como mínimo.

c) Poseer, a lo menos, tres anotaciones de mérito en los últimos cinco años, distribuidas en tres años del período.

d) Contar con la opinión favorable del Subdirector Médico del establecimiento o quien haga sus veces, la del Jefe del Servicio Clínico y/o Unidad de Apoyo que corresponda, fundada en desarrollo profesional destacado, excelencia en el desempeño y aporte a la organización por parte del profesional. Esto fundamentado mediante informe fundado.

e) Manifestar mediante presentación escrita al Director, voluntad de someterse a acreditación.

Atentamente.

**Firma postulante**

**Rancagua,**

**Sr. Director Servicio Salud Lib. Bdo. O”Higgins**

**FORMULARIO 3**

**C E R T I F I C A D O**

**A R E A C L I N I C A**

El Jefe que suscribe certifica que el funcionario , RUT , de profesión

perteneciente al Establecimiento

realiza las siguientes actividades clínico asistenciales a objeto de ser consideradas

en el proceso de Acreditación (2020)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE ACTIVIDAD** | **Marcar con una X** | **Periodo de realización de la actividad** |
| ATENCIÓN ABIERTA |  |  |
| ATENCIÓN CERRADA |  |  |
| PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES |  |  |
| ATENCION DE PACIENTES  ESPECIALES (sólo en el caso de odontólogos) |  |  |

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y timbre Subdirector Médico

Fecha:

**FORMULARIO 4**

**FORMULARIO POSTULACION IDENTIFICACION DEL POSTULANTE PROCESO DE ACREDITACION PROFESIONALES LEY 19.664 AÑO 2020 (LLENAR A MAQUINA o COMPUTADOR)**

**1. IDENTIFICACION**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

**RUT: Nacionalidad:**

Domicilio:

Contacto

Teléfono Particular Laboral email

**Título:**

Universidad Sede

Fecha

**Certificación de Especialidad/Subespecialidad:**

Fecha

Especialidad Institución que la otorgó

Especialidad

(Sólo las Certificadas por

Desempeño)

Años desempeño

Hospital

Autoridad que emite certificado

**2. IDENTIFICACIÓN CARGO Y NIVEL QUE ACREDITA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARGO** | **HORAS** | **CALIDAD JURÍDICA** | | **PLANTA SUPERIOR** | | **ANTIGÜEDAD**  **EN EL NIVEL** |
| **Titular** | **Contrat.** | **NIVEL II** | **NIVEL III** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3. CARGO ACTUAL:**

ESTABLECIMIENTO

HORAS

ESTABLECIMIENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| UNIDAD O SERVICIO | ESPECIALIDAD | Tit. | Cont |
|  | |  |  |
|  |  |  |  |
| UNIDAD O SERVICIO | ESPECIALIDAD | Tit. | Cont |

HORAS

4. **TIPO DE ACREDITACION:** OBLIGACION

EXCELENCIA

Ciudad Fecha Firma Profesional

**FORMULARIO 5**

.

**RESUMEN DOCUMENTOS PRESENTADOS PROCESO DE ACREDITACION PROFESIONALES LEY 19.664**

*Debe ser entregado en duplicado, llenado a máquina y firmado por el interesado.*

*Una copia queda en la postulación la otra se entrega revisada al postulante.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREA** | **FORMULARIOS (F)** | **TOTAL**  **DCTOS. PRESEN TADOS** | **REVISIÓN** (Uso Depto. Recursos Humano) |
| **ANTECEDENTES POSTULACION** | **F 1** Declaración Jurada  Simple |  |  |
| **F 2** Presentación Acreditación Voluntaria por Excelencia |  |  |
| **F 3** Certificación  Actividades Área Clínica |  |  |
| **F 4** Postulación  Identificación Postulante |  |  |
| **F 5** Resumen Doctos |  |  |
| **FORMULARIOS AREA TECNICA** | **F6** Subfactor Capacitación,  Perfeccionamiento y  Especialización |  |  |
| **F7** Reconocimiento  Especialidad y  Subespecialidad |  |  |
| **F8** Labores Docentes |  |  |
| **F9** Actividades de  Investigación |  |  |
| **FORMULARIOS AREA CLINICA** | **F10** Atención Abierta,  aspectos cuantitativo |  |  |
| **F11** Atención Abierta,  aspectos cualitativos |  |  |
| **F12** Atención Cerrada, aspectos cuantitativos |  |  |
| **F13** Atención Cerrada,  aspectos cualitativos |  |  |
| **F14** Atención  Procedimientos y Ex, aspectos cuantitativos |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREA** | **FORMULARIOS (F)** | **TOTAL DCTOS. PRESEN TADOS** | **REVISIÓN**  **(Uso Depto. Recursos Humano)** |
| **FORMULARIOS AREA CLINICA** | **F15** Atención Procedimientos y Ex, aspectos cualitativos |  |  |
| **F16** Actuación Situac.  Críticas |  |  |
| **F17** Ev. Casos Especiales,  aspectos cuantitativos |  |  |
| **F18** Ev. Casos Especiales,  aspectos cualitativos |  |  |
| **F19** Certificación Atención  Pacientes Especiales para  Cirujanos Dentistas |  |  |
| **FORMULARIOS AREA ORGANIZACIONAL** | **F20** Relación de cargos y funciones de responsabilidad |  |  |
| **F21** Relación de aportes  realizados |  |  |
| **F22** Reconocimiento  Institucional |  |  |
| **TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS** | |  |  |

RECEPCION ANTECEDENTES

(Uso Depto. Recursos Hum

Nombre Revisor:

FIRMA PRFESIONAL POSTULANTE

Cargo:

Fecha:

Firma:

**FORMULARIO 6**

**NOMBRE FUNCIONARIO:**

**PROFESION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARIO AREA TECNICA**

TODAS LAS PROFESIONES

**SUBFACTOR DE: ACTIVIDADES DE CAPACITACION, PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACION**

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD DE CAPACITACION Y/O**  **PERFECCIONAMIENTO** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINO** | **INSTITUCION DONDE LA REALIZO** | **Nº HRS. CRONOLOG.** | **Evaluación** | |
| **Si** | **NO** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

Fecha:

FIRMA POSTULANTE

**FORMULARIO 7**

**C E R T I F I C A C I O N**

**A R E A T E C N I C A**

**RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD POR EL SS O”HIGGINS**

**HOSPITAL /ESTABLECIMIENTO\_**

El Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico

del Hospital

que suscribe, certifica que el funcionario Dr.

de profesión , con la especialidad de

, ha efectuado la Especialidad o Subespecialidad

(marcar lo que corresponde) de durante un periodo de

años ininterrumpido, en virtud de un contrato de a lo menos 22 hrs. semanales.

Informe Técnico Jefe Servicio

**NOMBRE Y FIRMA**

**JEFE SERVICIO CLINICO/UNIDAD APOYO / ESTABLECIMIENTO**

**NOMBRE Y FIRMA**

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD LIB. BERNARDO O”HIGGINS / DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO**

**RANCAGUA,**

.

**FORMULARIO 8**

**NOMBRE FUNCIONARIO:**

**PROFESION**

**FORMULARIO AREA TECNICA**

TODAS LAS PROFESIONES

**SUBFACTOR DE: LABORES DOCENTES (INSTITUCIONAL)**

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

**OBSERVACION:** En este documento sólo debe completar con aquellas capacitaciones realizadas a otros profesionales funcionarios en el período objeto de evaluación.

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD** | **AÑO** | **ESTABLECIMIENTO DONDE LA REALIZO** | **Nº HRS.**  **CRONOLOGICAS** | **CLASIFICACION ACTIVIDAD1** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

Fecha:

Firma Profesional

1 Identificar docencia en Seminario, Clases, Charlas en reuniones Clínicas, puesta al día, actualizaciones de normativas clínicas u otra.

**FORMULARIO 9**

**NOMBRE FUNCIONARIO:**

**PROFESION:**

**FORMULARIO AREA TECNICA**

TODAS LAS PROFESIONES

**SUBFACTOR: ACTIVIDADES DE INVESTIGACION**

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

**I.- Relación Cronológica de Actividades Realizadas:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITULO DE LA INVESTIGACIÓN** | **AÑO** | **CALIDAD** | | |
| **Autor** | **Coautor** | **Colaborador** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

II.- Importancia en el ámbito laboral, clínico, técnico u organizacional:

**TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

Fecha:

Firma Profesional

**FORMULARIO 10**

**FORMULARIO AREA CLINICA.**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**Subfactor de: ATENCION ABIERTA - ASPECTOS CUANTITATIVOS**

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS**

**PERIODO PORCENTAJE CUMPLIMIENTO (%)**

**ANTECEDENTES QUE RESPALDEN EL PORCENTAJE ASIGNADO**

02 de Mayo 2011 al 01 Mayo 2012

02 de Mayo 2012 al 01 Mayo 2013

02 de Mayo 2013 al 01 Mayo 2014

02 de Mayo 2014 al 01 Mayo 2015

02 de Mayo 2015 al 01 Mayo 2016

02 de Mayo 2016 al 01 Mayo 2017

02 de Mayo 2017 al 01 Mayo 2018

02 de Mayo 2018 al 01 Mayo 2019

02 de Mayo 2019 al 01 Mayo 2020

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO 11**

**FORMULARIO AREA CLINICA.**

**Subfactor de: ATENCION ABIERTA - ASPECTOS CUALITATIVOS**

Este formulario debe ser completado por el Jefe Directo y corresponde a una apreciación que se tenga respecto de la calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el periodo objeto de evaluación.

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS**

Se debe señalar con una **X el concepto asociado a las prestaciones otorgadas por el profesional**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **CALIDAD**  **ALTA** | **CALIDAD**  **MEDIA** | **CALIDAD**  **BAJA** | **ANTECEDENTES QUE RESPALDEN LA EVALUACION DE CALIDAD**  **ASIGNADA** |
| 02 Mayo de  2011 al 01 de  Mayo 2020 |  |  |  |  |

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO 12**

**FORMULARIO AREA CLINICA**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**Subfactor de: ATENCION CERRADA - ASPECTOS CUANTITATIVOS**

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS**

**PERIODO PORCENTAJE CUMPLIMIENTO (%)**

**ANTECEDENTES QUE RESPALDEN EL PORCENTAJE ASIGNADO**

02 de Mayo 2011 al 01 Mayo 2012

02 de Mayo 2012 al 01 Mayo 2013

02 de Mayo 2013 al 01 Mayo 2014

02 de Mayo 2014 al 01 Mayo 2015

02 de Mayo 2015 al 01 Mayo 2016

02 de Mayo 2016 al 01 Mayo 2017

02 de Mayo 2017 al 01 Mayo 2018

02 de Mayo 2018 al 01 Mayo 2019

02 de Mayo 2019 al 01 Mayo 2020

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO 13**

**FORMULARIO AREA CLINICA**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**Subfactor de: ATENCION CERRADA - ASPECTOS CUALITATIVOS**

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS**

Se debe señalar con una **X el concepto asociado a las prestaciones otorgadas por el profesional**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **CALIDAD ALTA** | **CALIDAD MEDIA** | **CALIDAD BAJA** | **ANTECEDENTES QUE RESPALDEN LA EVALUACION DE CALIDAD ASIGNADA** |
| 02 Mayo de 2011 al 01 de  Mayo 2020 |  |  |  |  |

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO 14**

**FORMULARIO AREA CLINICA**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**Subfactor de: ATENCION EN PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES - ASPECTOS CUANTITATIVOS**

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS**

**PERIODO PORCENTAJE CUMPLIMIENTO (%)**

**ANTECEDENTES QUE RESPALDEN EL PORCENTAJE ASIGNADO**

02 de Mayo 2011 al 01 Mayo 2012

02 de Mayo 2012 al 01 Mayo 2013

02 de Mayo 2013 al 01 Mayo 2014

02 de Mayo 2014 al 01 Mayo 2015

02 de Mayo 2015 al 01 Mayo 2016

02 de Mayo 2016 al 01 Mayo 2017

02 de Mayo 2017 al 01 Mayo 2018

02 de Mayo 2018 al 01 Mayo 2019

02 de Mayo 2019 al 01 Mayo 2020

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO 15**

**FORMULARIO AREA CLINICA**

**Subfactor de: ATENCION EN PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES - ASPECTOS CUALITATIVOS**

Este formulario debe ser completado por el Jefe Directo y corresponde a una apreciación que se tenga respecto de la calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el periodo objeto de evaluación. Se debe señalar con una **X el concepto asociado a las prestaciones otorgadas por el profesional**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS**

Se debe señalar con una **X el concepto asociado a las prestaciones otorgadas por el profesional**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **CALIDAD**  **ALTA** | **CALIDAD**  **MEDIA** | **CALIDAD**  **BAJA** | **ANTECEDENTES QUE RESPALDEN LA EVALUACION DE CALIDAD**  **ASIGNADA** |
| 02 Mayo de  2011 al 01 de  Mayo 2020 |  |  |  |  |

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO AREA CLINICA.**

**Subfactor de: ACTUACION EN SITUACIONES CRÍTICAS**

**FORMULARIO 16**

Este formulario debe ser completado por el Jefe de Servicio Clínico o Jefe de Unidad de Apoyo y debe señalar el número de actuaciones críticas en las cuales se ha desempeñado el funcionario, de acuerdo a los períodos establecidos.

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: |
| UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE: II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **Nº DE SITUACIONES CRITICAS** | **TIPO DE SITUACION** |
| 02 Mayo de 2011 al 01 de Mayo  2020. |  |  |

Fecha:

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

**FORMULARIO 17**

**III. TIPO DE SITUACION:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO** | | | **ANTECEDENTES**  **QUE RESPALDEN EL PORCENTAJE ASIGNADO** |
| **Atención Abierta** | **Atención Cerrada** | **Procedimientos y**  **Exámenes** |
| 02 de Mayo 2011  al 01 Mayo 2012 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2012  al 01 Mayo 2013 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2013  al 01 Mayo 2014 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2014  al 01 Mayo 2015 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2015  al 01 Mayo 2016 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2016  al 01 Mayo 2017 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2017  al 01 Mayo 2018 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2018  al 01 Mayo 2019 |  |  |  |  |
| 02 de Mayo 2019  al 01 Mayo 2020 |  |  |  |  |

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha:

**FORMULARIO 18**

**FORMULARIO AREA CLINICA.**

**EVALUACION DE CASOS ESPECIALES - ASPECTOS CUALITATIVOS**

Este formulario corresponde a aquellos casos de profesionales que desarrollen funciones directivas, funciones de dedicación exclusiva, encomendación de funciones o que se dedique, ya sea en forma parcial o total, a uno o dos factores de los evaluados en los formularios anteriores (atención abierta, atención cerrada, procedimientos y exámenes o situaciones críticas)

Quedará expreso en este documento el tipo de situación especial al cual se refiere, lo que debe guardar concordancia con las situaciones especiales establecidas en las bases.

Debe ser completado por el Jefe Directo y corresponde a una apreciación que se tenga respecto de la calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el periodo objeto de acreditación.

Se debe señalar con una X el concepto de calidad asociado a las prestaciones otorgadas por el profesional.

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**II. IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III. TIPO DE SITUACION:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **CALIDAD ALTA** | **CALIDAD MEDIA** | **CALIDAD BAJA** | **ANTECEDENTES**  **QUE RESPALDEN EL PORCENTAJE ASIGNADO** |
| 02 Mayo de  2011 al 01 de Mayo  2020 |  |  |  |  |

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha:

**FORMULARIO 19**

**CERTIFICACION AREA CLINICA CIRUJANO DENTISTA**

**ATENCIÓN DE PACIENTES ESPECIALES**

El Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico del

Hospital

que suscribe, certifica que el

profesional funcionario Dr. ,Cirujano Dentista de la

especialidad de

quien tiene asignadas las siguientes horas

semanales dedicadas a la atención odontológica de pacientes con enfermedades tales como: discapacidad mental, portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cánceres, pacientes con insuficiencia renal crónica, discrasias sanguíneas, pacientes con riesgo anestesiológico y otros de similar naturaleza, considerando los diferentes rendimientos, según la complejidad de la atención, de acuerdo a lo señalado por la Unidad de

responsable del registro de la información y tuvo un cumplimiento de.

Horas semanales cumplimiento de lo programado

horas año

% año

horas año

horas año

horas año

horas año

horas año

horas año

horas año

horas año

% año

% año

% año

% año

% año

% año

% año

% año

NOMBRE Y FIRMA SUBDIRECTOR MEDICO NOMBRE Y FIRMA JEFE SERVICIO CLINICO

RANCAGUA,

**FORMULARIO 20**

**FORMULARIO AREA ORGANIZACIONAL**

**Subfactor de: RELACION DE CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

TODAS LAS PROFESIONES

El jefe de Personal que suscribe, certifica relación de cargos y/o funciones de responsabilidad ejercidas por el Profesional que a continuación se individualiza

**II. IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| RUT: |
| NIVEL: |
| ESTABLECIMIENTO: |
| PERIODO: |

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

**DOCUMENTO**

**N° /FECHA**

**CARGO / COMISION DE SERVICIO ENCOMENDACION DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

**NIVEL CJ DESDE HASTA**

**DURACION AA/MM/DD**

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS:**

FECHA:

Firma Postulante

**FORMULARIO 21**

**FORMULARIO AREA ORGANIZACIONAL**

**Subfactor de: RELACION DE APORTES REALIZADOS** TODAS LAS PROFESIONES

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

**FECHA**

**APORTE REALIZADO EN**

**INPACTO EN CALIDAD O CANTIDAD DE SERVICIOS PROPORCIONADOS A**

**TIPO DE APORTE**

**ANTECEDENTES QUE RESPALDAN EL**

**AREA CLINICA O**

**ADMINISTRATIVA**

**LA POBLACION USUARIA**

**Indivi**

**dual**

**Cole**

**ctivo**

**APORTE**

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS:**

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma Postulante

FECHA:

**FORMULARIO 22**

**FORMULARIO AREA ORGANIZACIONAL**

**Subfactor de: RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

TODAS LAS PROFESIONES

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **FECHA** | **TIPO DE**  **RECONOCIMIENTO** | **BREVE**  **DESCRIPCION** | **ANTECEDENTES**  **DE RESPALDO** |
| **ENTRE EL**  **02 MAYO**  **2011 AL 01**  **MAYO 2020** |  | **Por desempeño**  **destacado** |  |  |
|  | **Por labor en**  **beneficio de la comunidad** |  |  |
|  | **Por labor en**  **beneficio de funcionarios** |  |  |
|  | **Participación en**  **comisiones y/o comités** |  |  |
|  | **Por labor en**  **beneficio de la comunidad** |  |  |
|  | **Por labor en**  **beneficio de funcionarios** |  |  |
|  | **Participación en**  **comisiones y/o comités** |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS:**

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma Postulante

FECHA: