

SUBDIRECCIÓN RECURSOS HUMANOS

**BASES DEL LLAMADO A PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES**

**PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Las presentes bases responden a las directrices establecidas en el Código de Buenas Prácticas Laborales. Además, cumplen con asegurar que los métodos y procedimientos del proceso de selección estén sustentados en la no discriminación, en la paridad de género, la idoneidad y en los méritos de los y las postulantes.

1. **CARGO A PROVEER:**
	* Cargo: Profesional de apoyo Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
	* Grado: 15º EUS.
	* Calidad Jurídica: Contrata, 44 horas semanales.
	* Estamento: Profesional
	* Dependencia Directa: Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
	* Jefatura Superior de la Unidad: Director(a) Servicio de Salud Arica
	* Lugar de Desempeño: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. Dirección Servicio de Salud Arica.
2. **PERFIL DEL CARGO**

**I. OBJETIVO DEL CARGO**

|  |
| --- |
| Apoyar el desarrollo de las actividades a cargo de la oficina de calidad y seguridad del paciente, destinadas a la obtención de autorizaciones sanitarias vigentes y acreditación de los prestadores institucionales de salud de la red asistencial pública, además de ejecutar otras acciones relacionadas con la mejora de la atención en ámbito de seguridad del paciente.  |

**II. FUNCIONES PRINCIPALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Función o Tarea | Periodicidad |
| Apoyar la aplicación de las Normas Técnicas Básicas (NTB) para Autorización Sanitaria en los Prestadores Institucionales de Salud públicos para establecer diagnósticos y diseñar planes de mejora en conjunto con coordinadores técnicos u encargados de calidad de cada prestador. | Según requerimiento |
| Elaborar protocolos y documentos requeridos por las Normas Técnicas Básicas (NTB) para Autorización Sanitaria. | Según requerimiento |
| Monitorear de Planes de Mejora de las Normas Técnicas Básicas (NTB) | Según requerimiento |
| Apoyar la aplicación de las pautas de cotejo del manual de Acreditación en Calidad para establecer diagnósticos de la situación actual de los Prestadores Institucionales de salud de la Red Asistencial Pública en relación a la obtención y mantención de acreditación en calidad.  | Según requerimiento |
| Apoyar el diseño de Planes de Mejora, en conjunto con encargados(as) de calidad de cada Prestador Institucional, de acuerdo a las observaciones contenidas en los informes diagnósticos de Acreditación de Prestadores Institucionales y fiscalizaciones realizadas por la Superintendencia de Salud | Según requerimiento |
| Efectuar seguimiento de indicadores de Calidad e Infecciones asociadas a la Atención de salud  | Según requerimiento |
| Apoyar la elaboración de protocolos relacionados con la seguridad del paciente de los establecimientos a cargo del Servicio de Salud Arica. | Según requerimiento |
| Apoyar la elaboración de protocolos resolutivos y de referencia y contra referencia de la red asistencial de la Región de Arica y Parinacota. | Según requerimiento |
| Apoyar la elaboración y seguimiento de convenios sostenidos con las Municipalidades en marco del programa de mantenimiento de infraestructura de establecimientos de atención primaria municipal. | Según requerimiento |
| Apoyar en otras actividades que impliquen la mejora de la calidad y seguridad del paciente en los prestadores institucionales públicos. | Según requerimiento |
| Apoyar desarrollo de Compromisos de Gestión | Según requerimiento |
| Apoyar evaluación estrategia Hospital Amigo | Según requerimiento |
| Y otros que la jefatura estime necesarios | Según requerimiento |

**III. REQUISITOS FORMALES DE EDUCACIÓN, EXPERIENCIA Y ENTRENAMIENTO**

3.1. Nivel Educacional Mínimo Requerido:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E. Básica  |  | E. Media |  | F. Técnica |  | F. Profesional | X |

3.2. Título(s) Requerido(s) /Área (s) de especialización

|  |
| --- |
| Profesional del Área de la Salud |

3.3. Post Título o Post Grado Requerido:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diplomado |  | Magíster |  | Doctorado |  | No requerido | X |
| Área: | - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.4. Conocimientos Específicos Obligatorios:

|  |
| --- |
| Acreditación en calidad (mínimo 80 horas) |
| Infecciones asociadas a la atención en salud (mínimo de 80 hrs) |

  |

3.5. Conocimientos Específicos Deseables:

|  |
| --- |
| Normas Técnicas Básicas para la obtención de autorización sanitaria |
| Herramientas de Excel |

3.6. Experiencia Laboral (especificar tiempo):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Experiencia Laboral |  | Años | 1 año |

**IV. OTRAS RESPONSABILIDADES DEL CARGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Especificar |
| Manejo de Dinero |  | X |  |
| Manejo de Información Confidencial | X |  | Diagnósticos de situación actual de cada prestador institucional. |
| Manejo de Materiales | X |  | Documentos de apoyo enviados por MINSAL (manuales, guías, libros)  |
| Manejo de Herramientas | X |  | Excel  |
| Manejo de Equipos | X |  | Computador de escritorio |

**V. DEFINICION DE CLIENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Internos | Externos |
| 1. | Dirección del Servicio de Salud  | 1.- | Director (a) de Salud Municipal Arica |
| 2. | Encargada de Of. de Calidad y seguridad del paciente.  | 2.-  | Directores Prestadores institucionales de Salud públicos  |
| 3. |  | 3.-  | Encargados(as) de Calidad de cada Prestador Institucional |
| 4. |  | 4.- | SEREMI de Salud |

**VI. COMPETENCIAS PARA EL CARGO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nivel de dominio deseable para el cargo** |
| **Competencias** | **1** | **2** | **3** |
| Compromiso con la Organización |  |  | X |
| Probidad |  |  | X |
| Orientación a la eficiencia |  | X |  |
| Orientación al cliente |  |  | X |
| Trabajo de equipo |  |  | X |
| Comunicación efectiva |  | X |  |
| Manejo de conflictos |  | X |  |
| Confianza en sí mismo/a |  | X |  |
| Adaptación al cambio |  | X |  |
| Manejos de Tecnologías de Información y Comunicación |  |  | X |

**VII. RESPONSABILIDADES DE Seguridad y Prevención de Riesgos**

|  |
| --- |
| Cumplir con las normas y disposiciones de Seguridad y Salud Ocupacional. |
| Aplicar los métodos y los procedimientos establecidos por su jefatura. |
| Participar siempre y activamente en todas las actividades del Programa de Seguridad y Salud Ocupacional. |
| Cumplir con las disposiciones establecidas en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad. |
| Asumir plena responsabilidad de su Seguridad. |

1. **REQUISITOS DE POSTULACIÓN:**

Para ingresar a la Ley 18.834, Administración del Estado será necesario cumplir los siguientes requisitos:

a) Ser ciudadano;

b) Haber cumplido con la ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere procedente; acreditado mediante la presentación del certificado original válido para dichos fines, emitido por la autoridad competente.

c) Tener salud compatible con el desempeño del cargo; se acreditará mediante certificación entregada por el Servicio de Salud. Certificado que será emitido una vez que la persona seleccionada acepte el cargo.

d) Haber aprobado la educación básica y poseer el nivel educacional o título profesional o técnico que por la naturaleza del empleo exija la ley; mediante la presentación de fotocopia simple del certificado respectivo, el cual deberá presentar el original, en caso de ser nombrado en el cargo, en el momento que lo acepte.

1. **ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN**

4.1. Inicio del Proceso:

Las bases del proceso de selección se encontraran disponibles en la página Web del Servicio, **www.saludarica.cl** a contar del 02/03/2017. La recepción de antecedentes se extenderá desde el 09/03/2017 hasta las 16:00 horas del día 14/03/2017, ambas fechas inclusive, en la Oficina de Partes del Servicio de Salud Arica, ubicada en calle 18 de Septiembre Nº 1000, Edificio N, 2do. Piso, Hospital Regional de Arica.-

4.2.- Antecedentes Requeridos

Para poder postular al presente concurso, el interesado/a deberá presentar al momento de la postulación los siguientes antecedentes:

a) Ficha de Postulación. (Ver anexo 1) (Formato publicado en la página Web del Servicio.)

b) Currículum vitae Ciego. (Ver anexo 2) (Formato publicada en la página Web del Servicio.)

c) Certificado de título profesional, según corresponda. (Fotocopia simple).

d) Certificados que acrediten estudios de Especialización, Post-títulos o Capacitación según corresponda a los requisitos del cargo al que postula. (Fotocopia simple).

e) Certificados que acrediten experiencia laboral. (Fotocopia simple).

Los/las funcionario/as que se desempeñen en el Servicio de Salud Arica, que deseen postular, deberán presentar todos los antecedentes señalados, en igualdad de condiciones con los/las demás postulantes.

**Aquella postulación que no acompañe alguno de los antecedentes individualizados anteriormente quedará fuera del proceso, asimismo aquellos antecedentes que debieran acreditar experiencia y capacitación mencionadas en el currículum, será eliminada automáticamente del presente proceso de selección.**

**Los antecedentes se conservarán por un período de treinta días, siendo devueltos al postulante que lo solicite.**

4.3. Fecha, lugar y forma de recepción de postulaciones:

|  |  |
| --- | --- |
| PLAZO | Se extenderá desde las 09:00 hrs. del día 09 de Marzo de 2017 hasta las 16:00 hrs. del día 14 de Marzo de 2017, ambas fechas inclusive |
| LUGAR | Oficina de Partes del Servicio de Salud Arica, ubicada en calle 18 de Septiembre Nº 1000, Edificio N, 2do. Piso, Hospital Regional de Arica.- |
| PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES | Se presentarán en un sobre cerrado dirigido a la Subdirección de Recursos Humanos, con los antecedentes requeridos y señalando lo siguiente: * **Cargo al que Postula**

En el remitente la identificación del/la postulante solamente con sus **APELLIDOS.** |

4.4.-. Postulantes que presenten alguna discapacidad que les produzca impedimento o dificultades en la aplicación de los instrumentos de selección que se administrarán, deberán informarlo en su postulación, para adoptar las medidas pertinentes, de manera de garantizar la igualdad de condiciones a todos los postulantes que se presenten en este concurso.

**5. FACTORES DE EVALUACION**

|  |
| --- |
| **FACTORES:** |
| **Evaluación Curricular** |
| **Evaluación psicológica** |
| **Entrevista Personal** |

 La Comisión deberá definir un puntaje mínimo para el proceso en general, que cada postulante deberá alcanzar para ser considerado idóneo(a).

**6. CALENDARIZACIÓN DEL PROCESO**

|  |  |
| --- | --- |
| Fase | Fechas |
| Difusión de Convocatoria y Plazo de Postulación en la Página Web institucional | Desde 02/03/2017 – Hasta 14/03/2017. |
| Proceso de Evaluación y Selección de Postulante | Desde 15/03/2017 – Hasta 30/03/2017 |
| Finalización del Proceso | Fecha 31/03/2017 |

Nota: La calendarización del proceso del llamado a presentación de antecedentes puede sufrir modificaciones.



SERVICIO DE SALUD DE ARICA

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

**FICHA DE POSTULACIÓN**

***1.- ANTECEDENTES***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Apellido Paterno* | *Apellido Materno* | *Rut* |
|  |  |  |
| *Fono Particular* | *Fono Móvil* | *E-mail Particular* |
|  |  |  |

***2.- IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Cargo* | *Grado* | *Unidad/Depto.* |
|  |  |  |
|  |  |  |

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de los criterios del presente

Proceso de Selección, a las cuales me someto desde ya.

Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en el Servicio de

Salud Arica y expreso además lo siguiente:

Presento algún tipo de discapacidad que me dificulta realizar el proceso de selección: Si No .

Especificar: .

(Lo anterior será tomado en cuenta para adaptar el proceso de selección).

***3.- ORDEN PRESENTACIÓN ANTECEDENTES:***

a) Ficha Postulación. b) Currículum Vitae.

c) Fotocopia Título Requerido para el cargo (si es seleccionado deberá presentar el original).

d) Fotocopia de Post-título o Post-Grado (sólo si corresponde).

e) Fotocopias Capacitaciones.

f) Referencias Laborales.

Firma



SERVICIO DE SALUD DE ARICA

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

**CURRÍCULUM VITAE**

**1.- ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Apellido Paterno* | *Apellido Materno* | *Rut* |
|  |  |  |
| *Fono Particular* | *Fono Móvil* | *Email Particular (\*)* |
| -- |  |  |

(\*) Se sugiere no incluir datos de identificación personal.

**2.- IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre del Cargo* | *Grado* |
|  |  |
|  |  |

**3.- TÍTULO(S)**

\* Indicando sólo aquellos con **certificado de título** y ordenado por fecha descendentemente, es decir, los últimos estudios realizados en primer lugar.

|  |  |
| --- | --- |
| *Título* | *Nº de Semestres* |
|  |  |
| *Institución* | *Ingreso (mes/año)* | *Egreso (mes/año)* |
|  | / | / |
| *Fecha de Titulación (día/mes/año)* | / / |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Título* | *Nº de Semestres* |
|  |  |
| *Institución* | *Ingreso (mes/año)* | *Egreso**(mes/año)* |
|  |  / |  /  |
| *Fecha de Titulación (día/mes/año)* |  / /  |  |

**4.- GRADOS ACADÉMICOS**

\* Indicar sólo aquellos con **certificado de título** (en el siguiente orden: doctorado, magíster o diplomado), los demás no serán ponderados ni considerados. Marcar con una cruz (X) la modalidad del estudio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre Postítulo o Postgrado* | *Ingreso**(mes/año)* | *Egreso**(mes/año)* | *Modalidad* |
| Presencial | Semi- presencial | Adistanci a |
|  | / | / |  |  |  |
|  | / | / |  |  |  |
|  | / | / |  |  |  |

**5.- CAPACITACIÓN**

\* Indicar sólo aquellos con certificado y ordenado por fecha descendentemente, es decir, los últimos cursos realizados en primer lugar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre del Curso y/o Seminario* | *Desde**(día/mes/* | *Hasta**(día/mes/a* | *Horas**Duración* |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |

**6.- TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

\* Indique su nivel de dominio en los software en que Ud. tenga conocimiento. Especifique el software y luego señale con una cruz (X) bajo el nivel que posee

|  |  |
| --- | --- |
| *Software* | *Nivel de dominio* |
| *Alto* | *Intermedio* | *Básico* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7.- ÚLTIMO CARGO DESARROLLADOS O EN DESARROLLO**

\* Sólo cuando corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|  |  |
| *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de**Desempeño* | *Desde**(día/mes/**año)* | *Hasta (día/mes/ año)* |
|  |  / / |  / /  |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales**logros)* |
|  |

**8.- TRAYECTORÍA LABORAL**

\* Además del anterior, indique sus últimos trabajos realizados, si corresponde.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|  |  |
| *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de**Desempeño* | *Desde**(día/mes/a* | *Hasta**(día/mes/a* |
|  |  |  |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales**logros)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|  |  |
| *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de**Desempeño* | *Desde**(día/mes/a* | *Hasta**(día/mes/a* |
|  |  / / |  / /  |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales**logros)* |
|  |

**9.- REFERENCIAS LABORALES**

\* Indicar el nombre de tres jefaturas con las cuales se haya desempeñado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nombre* | *Institución* | *Cargo* | *Fono**Particular* | *Fono**Móvil* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |