#### **FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**PROCESO ACREDITACIÓN PROFESIONALES FUNCIONARIOS LEY N° 19.664**

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **RUN** |  |
| **DOMICILIO** |  |
| **TELÉFONO MÓVIL** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |
| **ESTABLECIMIENTO** |  |
| **UNIDAD DE TRABAJO** |  |

**2. IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL QUE ACTUALMENTE POSEE Y TIPO DE POSTULACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANTA SUPERIOR** | |  | **TIPO DE POSTULACIÓN** | |
| **NIVEL I** | **NIVEL II** |  | **OBLIGATORIA** | **EXCELENCIA\*** |
|  |  |  |  |  |

\*Para la acreditación por excelencia debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber sido calificado en Lista 1, durante los cinco últimos años, con 97 puntos como mínimo (2018-2022).
2. Poseer, a lo menos, tres anotaciones de mérito en los últimos cinco años, distribuidas en tres años del período (2018-2022).
3. Contar con la opinión favorable del Subdirector Médico del establecimiento y la del jefe del Servicio Clínico y Unidad de Apoyo que corresponda, fundada en desarrollo profesional destacado, excelencia en el desempeño y aporte a la organización por parte del profesional (adjuntar respaldo).
4. Manifestar mediante presentación escrita al Director del Servicio de Salud Arica, su voluntad de someterse a acreditación (adjuntar copia con timbre de recepción de oficina de partes).

**NOTAS:**

* En el contexto de la pandemia Covid-19 todo el envío de información, ya sea notificaciones, resultados preliminares, resolución de apelaciones, resultados finales, etc., serán por medio del correo electrónico informado en el recuadro “Identificación del postulante”, este será el medio de comunicación oficial entre los postulantes y la comisión, es por esto que se hace necesario que el correo indicado esté actualizado y sea verídico, siendo revisado periódicamente por el postulante.
* La documentación debe ser entregada en orden cronológico (formularios, certificados y respaldos) de forma física en la Subdirección de Recursos Humanos de la Dirección del Servicio de Salud Arica o en el SCR. Personal del Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani en el plazo que establezca el cronograma del proceso.
* Debe detallarse el listado de los documentos entregados, como respaldo de los antecedentes en carpeta.
* Los antecedentes podrán ser copias autorizadas ante notario o fotocopias simples de los mismos**.**
* Ocupar una segunda hoja o más si las actividades detalladas exceden el interlineado propuesto.
* **Importante:** En el caso que los formularios N° 4, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 no se presenten con la firma de la respectiva jefatura, estos no se revisarán, contabilizando 0 puntos.

#### **RESUMEN DOCUMENTOS QUE ENTREGA EL PROFESIONAL FUNCIONARIO**

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Debe ser entregado en duplicado, y firmado por el interesado.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA** | **NÚMERO DE FORMULARIO** | **FACTOR** | **TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS** | **REVISIÓN (Uso Interno)** |
| **TÉCNICA** | 1 | CAPACITACIÓN |  |  |
| 2 | PERFECCIONAMIENTO |  |  |
| 3 | ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN ACREDITADA |  |  |
| 4 | ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN POR EXPERIENCIA |  |  |
| 5 | LABOR DOCENTE |  |  |
| 6 | LABOR DE INVESTIGACIÓN |  |  |
| 7 | RECONOCIMIENTO ACADÉMICO |  |  |
| **CLÍNICA** | 8 | ATENCIÓN ABIERTA |  |  |
| 9 | ATENCIÓN CERRADA |  |  |
| 10 | PROCEDIMIENTOS DE APOYO |  |  |
| 11 | ATENCIÓN A PACIENTES ESPECIALES |  |  |
| **ORGANIZ.** | 12 | RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO |  |  |
| 13 | RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS |  |  |
| 14 | RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES |  |  |
| **TOTAL ANTECEDENTES PRESENTADOS** | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| FIRMA POSTULANTE |  | FIRMA RECEPCIONISTA DE LOS ANTECEDENTES |

# 1.- ÁREA TÉCNICA – CAPACITACIÓN

(Actividades de hasta 159 horas cronológicas de duración)

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Las actividades de Capacitación se acreditarán mediante una relación cronológica y pormenorizada de éstas, realizada por el profesional funcionario en el período objeto de evaluación, acompañada de las respectivas certificaciones o relación de actividades, cuyo certificado es entregado por las áreas de capacitación. Los certificados con horas pedagógicas serán convertidos a horas cronológicas, siendo la conversión 1 hora pedagógica equivale a 0,75 hora cronológica, en el caso de que no se especificara el tipo de hora estas se considerarán como horas cronológicas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE CURSO** | **INSTITUCIÓN FORMADORA** | **Nº**  **HRS** | **FECHA EFECTUADA** | **EVALUACIÓN** | | **USO COMISIÓN** |
| **SÍ** | **NO** | **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | | | | |  |

# 2.- ÁREA TÉCNICA – PERFECCIONAMIENTO

(Actividades no inferior a 160 horas ni superior a 1920 horas cronológicas de duración)

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Las actividades de Perfeccionamiento se acreditarán mediante una relación cronológica y pormenorizada de éstas, realizada por el profesional funcionario en el período objeto de evaluación, acompañada de las respectivas certificaciones o relación de actividades, cuyo certificado es entregado por las áreas de capacitación. Los certificados con horas pedagógicas serán convertidos a horas cronológicas, siendo la conversión 1 hora pedagógica equivale a 0,75 hora cronológica, en el caso de que no se especificara el tipo de hora estas se considerarán como horas cronológicas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE CURSO** | **INSTITUCIÓN FORMADORA** | **Nº**  **HRS** | **FECHA EFECTUADA** | **EVALUACIÓN** | | **USO COMISIÓN** |
| **SÍ** | **NO** | **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | | | | |  |

# 3.- ÁREA TÉCNICA – ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN ACREDITADA

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE ESPECIALIZACIÓN Y/O SUBESPECIALIZACIÓN** | **INSTITUCIÓN FORMADORA** | **FECHA EFECTUADA** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | |  |

**Notas:**

\*Se debe adjuntar certificado de la Superintendencia de Salud o de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO) de la especialización y/o subespecialización acreditada.

\*Según las bases del proceso en el caso de poseer más de una especialización o subespecialización (ya sea acreditadas o por experiencia) se contabilizará una sola de cada especialidad o subespecialidad.

\*Se consideran las especialidades y subespecialidades terminadas durante el período de evaluación o anterior a este.

# 4.- ÁREA TÉCNICA – ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN POR EXPERIENCIA

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

#### **CERTIFICADO**

El Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha efectuado la  Especialidad o  Subespecialidad (marcar lo que corresponde) de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante un periodo de al menos \_\_\_\_\_ años ininterrumpidamente, **(mínimo cuatro años)** en virtud de un contrato de \_\_\_\_\_ hrs. semanales (a lo menos deben ser 22 hrs. semanales).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA JEFE DE SERVICIO CLÍNICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |

**Notas:**

\*Según las bases del proceso en el caso de poseer más de una especialización o subespecialización (ya sea acreditadas o por experiencia) se contabilizará una sola de cada especialidad o subespecialidad.

\*La Especialización o Subespecialización por experiencia se considera adquirida como resultado del ejercicio de la especialidad o subespecialidad respectiva, en virtud de un contrato de a lo menos 22 horas semanales durante un período mínimo de cuatro años continuos.

# 5.- ÁREA TÉCNICA – LABOR DOCENTE

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

La labor docente se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades docentes realizadas en el período objeto de la evaluación, en calidad de funcionario y en representación del Servicio de Salud, dichas actividades deberán ser acreditadas y además autorizadas por la jefatura directa u otra autoridad del Servicio de Salud Arica. Los documentos de respaldo identificarán las actividades realizadas indicándose si se trata de seminarios, clases, charlas en reuniones clínicas, puestas al día, actualizaciones de normativas clínicas u otras, y la Institución donde se realizó. **No se considerarán los certificados que no den cuentan que la labor docente realizada haya sido en calidad de funcionario y/o en representación del Servicio de Salud Arica o sus establecimientos dependientes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE DOCENCIA** | **INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ** | **FECHA EFECTUADA** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | |  |

# 6.- ÁREA TÉCNICA – LABOR DE INVESTIGACIÓN

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

La labor de investigación se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades realizadas en el período objeto de la evaluación, en calidad de funcionario del Servicio de Salud. En el caso de investigaciones clínicas o aplicadas, se identificarán estas con precisión, indicándose además su importancia en el ámbito laboral, clínico, técnico u organizacional, con independencia del medio a través del que hayan sido difundidas y se demostrarán mediante las publicaciones o informes correspondientes.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE INVESTIGACIÓN** | **INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ** | **FECHA EFECTUADA** | **ÁMBITO DE IMPORTANCIA**  (LABORAL, CLÍNICO, TÉCNICO, ORGANIZACIONAL) | **TIPO DE PARTICIPACIÓN** (AUTOR, COAUTOR O COLABORADOR) |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO COMISIÓN** | | |
| **TIPO DE PARTICIPACIÓN** | **TOTAL INVESTIGACIONES REALIZADAS** | **PUNTAJE** |
| AUTOR |  |  |
| COAUTOR |  |  |
| COLABORADOR |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | |  |

# 7.- ÁREA TÉCNICA – RECONOCIMIENTO ACADÉMICO

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

El reconocimiento académico se acreditará con la presentación de reconocimientos formales que, en el ejercicio de las tareas académicas como docente, alumno o investigador, haya recibido el profesional en el período de evaluación, a través de diplomas, certificados, distinciones u otros emitidos por la autoridad respectiva, tanto de Instituciones públicas como privadas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE RECONOCIMIENTO** | **LABORES QUE EFECTUABA CUANDO RECIBIÓ EL RECONOCIMIENTO**  (DOCENTE, ALUMNO O INVESTIGADOR) | **FECHA EN QUE LO**  **RECIBIÓ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Nota:** En este factor se deben adjuntar copia de los diplomas, certificados u otros reconocimientos emitidos por la autoridad respectiva.

|  |
| --- |
| **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |

# 8.- ÁREA CLÍNICA – ATENCIÓN ABIERTA

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se acreditará con el indicador de altas odontológicas de nivel primario o altas de especialidad realizadas, relacionando con el número de altas odontológicas de nivel primario o de especialidad comprometidas, respectivamente, en función de las horas contratadas.

#### **CERTIFICADO**

#### El presente Directivo que firma (por favor marque una opción):

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Subdirector Médico Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien tiene asignadas \_\_\_\_\_\_ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en la Atención Abierta con relación a lo programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POR AÑO A ACREDITAR (\*)** | **UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL** | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
| 01/05/2014 – 31/12/2014 |  |  |  |
| 01/01/2015 – 31/12/2015 |  |  |  |
| 01/01/2016 – 31/12/2016 |  |  |  |
| 01/01/2017 – 31/12/2017 |  |  |  |
| 01/01/2018 – 31/12/2018 |  |  |  |
| 01/01/2019 – 31/12/2019 |  |  |  |
| 01/01/2020 – 31/12/2020 |  |  |  |
| 01/01/2021 – 31/12/2021 |  |  |  |
| 01/01/2022 – 31/12/2022 |  |  |  |
| 01/01/2023 – 30/04/2023 |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | |  |  |

(\*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información.

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable del registro de la información del establecimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 9.- ÁREA CLÍNICA – ATENCIÓN CERRADA

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se acreditará mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar, con indicadores tales como: número de visitas de sala, número de camas bajo su mando directo cada año, o número de cirugías realizadas como primer cirujano o ayudante, pacientes atendidos bajo sedación o anestesia general u otros, y su relación con el número de horas dedicadas a ello y el cumplimiento de lo programado en cada caso, en función de la jornada contratada, considerando los diferentes rendimientos, según la complejidad de la atención.

#### **CERTIFICADO**

#### El presente Directivo que firma (por favor marque una opción):

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Subdirector Médico Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien tiene asignadas \_\_\_\_\_\_ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en la Atención Cerrada con relación a lo programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POR AÑO A ACREDITAR (\*)** | **UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL** | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
| 01/05/2014 – 31/12/2014 |  |  |  |
| 01/01/2015 – 31/12/2015 |  |  |  |
| 01/01/2016 – 31/12/2016 |  |  |  |
| 01/01/2017 – 31/12/2017 |  |  |  |
| 01/01/2018 – 31/12/2018 |  |  |  |
| 01/01/2019 – 31/12/2019 |  |  |  |
| 01/01/2020 – 31/12/2020 |  |  |  |
| 01/01/2021 – 31/12/2021 |  |  |  |
| 01/01/2022 – 31/12/2022 |  |  |  |
| 01/01/2023 – 30/04/2023 |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | |  |  |

(\*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable del registro de la información del establecimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 10.- ÁREA CLÍNICA – PROCEDIMIENTOS DE APOYO

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se acreditará mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar, con indicadores tales como: número de radiografías intra y/o extraorales tomadas por el especialista, número de biopsias incisionales y análisis de biopsias realizadas por el profesional, y su relación con las horas semanales dedicadas a ello y el porcentaje de cumplimiento de lo programado en función de la jornada contratada.

#### **CERTIFICADO**

#### El presente Directivo que firma (por favor marque una opción):

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Subdirector Médico Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien tiene asignadas \_\_\_\_\_\_ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en Procedimientos de Apoyo con relación a lo programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POR AÑO A ACREDITAR (\*)** | **UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL** | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
| 01/05/2014 – 31/12/2014 |  |  |  |
| 01/01/2015 – 31/12/2015 |  |  |  |
| 01/01/2016 – 31/12/2016 |  |  |  |
| 01/01/2017 – 31/12/2017 |  |  |  |
| 01/01/2018 – 31/12/2018 |  |  |  |
| 01/01/2019 – 31/12/2019 |  |  |  |
| 01/01/2020 – 31/12/2020 |  |  |  |
| 01/01/2021 – 31/12/2021 |  |  |  |
| 01/01/2022 – 31/12/2022 |  |  |  |
| 01/01/2023 – 30/04/2023 |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | |  |  |

(\*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable del registro de la información del establecimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 11.- ÁREA CLÍNICA – ATENCIÓN A PACIENTES ESPECIALES

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se acreditará mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar, con indicadores tales como: porcentaje de horas contratadas 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.

#### **CERTIFICADO**

#### El presente Directivo que firma (por favor marque una opción):

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Subdirector Médico Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien tiene asignadas \_\_\_\_\_\_ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en Atención a Pacientes Especiales con relación a lo programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POR AÑO A ACREDITAR (\*)** | **UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL** | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
| 01/05/2014 – 31/12/2014 |  |  |  |
| 01/01/2015 – 31/12/2015 |  |  |  |
| 01/01/2016 – 31/12/2016 |  |  |  |
| 01/01/2017 – 31/12/2017 |  |  |  |
| 01/01/2018 – 31/12/2018 |  |  |  |
| 01/01/2019 – 31/12/2019 |  |  |  |
| 01/01/2020 – 31/12/2020 |  |  |  |
| 01/01/2021 – 31/12/2021 |  |  |  |
| 01/01/2022 – 31/12/2022 |  |  |  |
| 01/01/2023 – 30/04/2023 |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | |  |  |

(\*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable del registro de la información del establecimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 12.- ÁREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se debe acreditar mediante la relación cronológica de los cargos, comisiones de servicios y/o encomendación de funciones de responsabilidad cumplidos por el profesional funcionario en el periodo objeto de evaluación, con independencia de su calidad jurídica, para lo cual debe presentar la relación de servicios, resoluciones o decretos correspondientes, emitidos por la autoridad competente. Dichas funciones se considerarán aun cuando no estén consignadas formalmente en la reglamentación orgánica que rija al establecimiento.

#### **CERTIFICADO**

#### El presente Directivo que firma (por favor marque una opción):

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Subdirector Médico Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tiene la siguiente Relación de los Cargos y Funciones de Responsabilidad Ejercidas en el período objeto de acreditación, en el siguiente orden cronológico:

| **TIPO DE CARGO (DIRECTOR, SUBDIRECTOR, JEFATURA, DIRECTOR TÉCNICO, ENCARGADO)** | **ESTABLECIMIENTO Y UNIDAD DONDE LO REALIZÓ** | **FECHA INICIO** | **FECHA TÉRMINO** | **USO COMISIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | | |  |

De acuerdo con los registros que se posee.

Sus funciones de responsabilidad en ese período fueron las siguientes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** Se exigirá pruebas documentales como forma de demostrar el cumplimiento de los factores materia de evaluación, tratándose de antecedentes ocurridos dentro del período a evaluar, aquellos certificados que no indiquen fecha de inicio y/o de término no se computarán.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 13.- ÁREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se acreditará mediante la relación cronológica y pormenorizada de los aportes realizados en el ámbito clínico o administrativo, impulsados por el profesional en el período a evaluar, ya sea en forma individual o en conjunto con otros profesionales, que hayan tenido por resultado mejorías en la cantidad o calidad de los servicios proporcionados a la población usuaria.

#### **CERTIFICADO**

#### El presente Directivo que firma (por favor marque una opción):

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Subdirector Médico Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tiene la siguiente Relación de Aportes Realizados en el período objeto de acreditación, en el siguiente orden cronológico:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL APORTE** | **TIPO DE APORTE**  (Individual o colectivo) | **NIVEL DE LA CONTRIBUCIÓN**  (Sólo si el aporte es colectivo: Alta, Mediana o Baja) | **ÁMBITO DE APLICACIÓN**  (Nacional/Regional o Local) | **FECHA DEL APORTE** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | | | |  |

De acuerdo con los registros que se posee.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** Este certificado deberá ir acompañado de algún acto administrativo, respaldo que debe haber sido confeccionado dentro del período a evaluar, como por ejemplo una Encomendación de Funciones, Comisiones, Anotación de Mérito, etc. Se excluyen de esta evaluación las actividades de Investigación y Docencia, las que deben ser evaluadas en el área técnica.

# 14.- ÁREA ORGANIZACIONAL – RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

Se acreditará mediante la relación cronológica de los reconocimientos recibidos por el profesional en el período a evaluar, ya sea por desempeño destacado, por labor en beneficio de la comunidad o de los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento. Se incluirá la participación en instancias formales de actividades del Ministerio de Salud o de los organismos relacionados con él, tales como: comisiones o comités de capacitación, acreditación, concursos, calificaciones, ética, infecciones intrahospitalarias, u otras semejantes, incluyendo participación funcionaria o gremial. Deberá presentar los documentos formales que acrediten los reconocimientos recibidos, en los años en evaluación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE RECONOCIMENTO** | **FECHA EN QUE**  **RECIBIÓ EL RECONOCIMIENTO** | **ORGANISMO QUE LA OTORGÓ** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPACIÓN EN COMISIONES, COMITÉS, ACREDITACIONES, CONCURSOS, CALIFICACIONES, ÉTICA , IIAS U OTRAS SEMEJANTES** | **PERÍODO DESDE/HASTA** | **ORGANISMO** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |

**Nota:** Se asignará puntaje en los reconocimientos recibidos cuando sean como consecuencia o con ocasión de su desempeño destacado en el Servicio de Salud acreditado con anotación de mérito.

#### **RESUMEN PUNTAJE (USO COMISIÓN)**

**(CIRUJANOS DENTISTAS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **RUT** | **NIVEL ACTUAL** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA** | **FOR.** | **FACTOR** | **PUNTAJE MÁXIMO** | **PUNTAJE MÍNIMO** | **PUNTAJE OBTENIDO** | **PUNTAJE FINAL** |
| **TECNICA** | 1 | CAPACITACIÓN | 250 | - |  |  |
| 2 | PERFECCIONAMIENTO |  |
| 3 | ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN ACREDITADA |  |
| 4 | ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN POR EXPERIENCIA |  |
| 5 | LABOR DOCENTE | 100 | - |  |  |
| 6 | LABOR DE INVESTIGACIÓN |  |
| 7 | RECONOCIMIENTO ACADÉMICO | 50 | - |  |  |
| **TOTAL ÁREA TÉCNICA** | | **400** | **\*200** |  |  |
| **CLÍNICA** | 8 | ATENCIÓN ABIERTA | 130 | - |  |  |
| 9 | ATENCIÓN CERRADA | 70 | - |  |  |
| 10 | PROCEDIMIENTOS DE APOYO | 70 | - |  |  |
| 11 | ATENCIÓN A PACIENTES ESPECIALES | 130 | - |  |  |
| **TOTAL ÁREA CLÍNICA** | | **400** | **\*200** |  |  |
| **ORGANIZ.** | 12 | RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO | 100 | - |  |  |
| 13 | RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS | 50 | - |  |  |
| 14 | RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES | 50 | - |  |  |
| **TOTAL ÁREA ORGANIZACIONAL** | | **200** | **\*100** |  |  |
| **TOTAL PUNTAJE** | | | **1000** | **\*600** |  |  |

***\*EL PUNTAJE MÍNIMO PARA ACREDITAR EXPERIENCIA CALIFICADA ES DE 600 PUNTOS Y EL PUNTAJE MÍNIMO EN LAS ÁREAS TÉCNICA, CLÍNICA Y ORGANIZACIONAL ES DE 200, 200 Y 100 PUNTOS RESPECTIVAMENTE.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **FIRMA PRESIDENTE COMISIÓN DE ACREDITACIÓN MÉDICA** |  | **FIRMA SECRETARIO EJECUTIVO COMISIÓN DE ACREDITACIÓN MÉDICA** |

OBSERVACIONES: