



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

ANTECEDENTES QUE ENTREGA EL PROFESIONAL FUNCIONARIO (BIOQUIMICOS)

Yo, D _____ del establecimiento _____ entrego los siguientes antecedentes relacionados con el proceso de acreditación de la ley N° 19.664:

1.- Área Técnica (deben estar en orden cronológico)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____

2.- Área Clínica (deben estar en orden cronológico)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____

3.- Área Organizacional (deben estar en orden cronológico)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

Fecha Recepción: ____ / ____ / 2024

Hora de recepción: _____

FIRMA PROFESIONAL: _____

Funcionario que recibe: _____

NOTAS:

- Todos los documentos deben estar presentados tanto en el listado como en la carpeta, **en orden cronológico**.
- Debe detallarse el listado de los documentos entregados, como respaldo de los antecedentes en carpeta.
- Los documentos que sean copias del documento original, deberán ser refrendados por **Ministro de Fe de Oficina de Partes del establecimiento al que pertenezca el interesado**.
- Este formulario debe ser entregado en duplicado, llenado a máquina, computador o letra legible y firmado por el interesado.
- Una copia queda en la carpeta de postulación y la otra se entrega –revisada- al postulante, como comprobante.
- Ocupar una segunda hoja o más si las actividades detalladas exceden el interlineado propuesto.



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

2.- AREA TÉCNICA – LABOR DOCENTE (BIOQUIMICOS)

La labor docente mide la contribución del profesional a la formación de otros profesionales funcionarios y se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades docentes realizadas en el período objeto de la evaluación, en calidad de funcionario del Servicio de Salud. Es exigible que contenga como mínimo la fecha de realización, duración (horas), lugar y contenidos. Se identificará si las actividades realizadas se tratan de **seminarios, clases, charlas en reuniones clínicas, puestas al día, actualizaciones de normativas clínicas** u otras, y la institución donde se realizó.

CERTIFICADO

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

Jefe(a) Unidad de Capacitación de la Dirección de Servicio

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

D _____ del _____ establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, tiene las
siguientes actividades ejecutadas de Labor Docente en el período objeto de acreditación (entre el
01/05/2015 y el 01/05/2024), en el siguiente orden cronológico

TIPO DE DOCENCIA	INSTITUCION DONDE SE REALIZÓ	FECHAS ENTRE LAS QUE SE EFECTUÓ	Nº HRS. PEDAGÓGICAS DE LA DOCENCIA

De acuerdo con los registros que posee esta Unidad.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

3.- AREA TÉCNICA – INVESTIGACIÓN (BIOQUIMICOS)

En el caso de investigaciones clínicas o aplicadas, se debe identificar 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.

CERTIFICADO

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

Jefe(a) Unidad de Capacitación de la Dirección de Servicio

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

D _____ del establecimiento _____ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario _____, tiene las siguientes actividades ejecutadas de Investigación en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2015 y el 01/05/2024), en el siguiente orden cronológico:

NOMBRE INVESTIGACIÓN	INSTITUCION DONDE SE REALIZÓ	FECHAS EN LAS QUE SE EFECTUÓ	ÁMBITO DE IMPORTANCIA (laboral, clínico, técnico u Organizacional)

De acuerdo con los registros que posee esta Unidad.

En este factor, se debe adjuntar los informes o copia de las publicaciones correspondientes.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

4.- AREA TÉCNICA – RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (BIOQUIMICOS)

Se acredita con la presentación de al menos un reconocimiento formal que en el ejercicio de las tareas como docente, alumno o investigador, haya recibido el profesional en el período de evaluación, a través de diplomas, certificados, galvanos u otros emitidos por la autoridad respectiva.

CERTIFICADO

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

Jefe(a) Unidad de Capacitación de la Dirección de Servicio

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

D _____ del establecimiento _____ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario _____, tiene los siguientes Reconocimientos Académicos en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2015 y el 01/05/2024), en el siguiente orden cronológico:

TIPO DE PREMIO	LABORES QUE EFECTUABA CUANDO RECIBIÓ EL RECONOCIMIENTO (docente, alumno o investigador)	FECHA EN QUE LO RECIBIÓ

De acuerdo con los registros que posee esta Unidad.

En este factor, se debe adjuntar copia de los diplomas, certificados u otros reconocimientos emitidos por la autoridad.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

5.A.- AREA CLINICA – DE LAS FUNCIONES DEL PROFESIONAL (BIOQUIMICOS)

CERTIFICADO

El presente Subdirector Médico del Establecimiento, Dr.(a) _____ del establecimiento _____ quien suscribe, certifica que el/la siguiente profesional funcionario _____, se ha desempeñado en las siguientes funciones profesionales durante el período objeto de acreditación (desde el 01/05/2015 al 01/05/2024):

Por favor marque "X" por cada actividad asistencial que haya desempeñado el profesional por año de acreditación, considerando que la haya desarrollado al menos seis meses. En el caso de funciones administrativas o participación con dedicación exclusiva a comisiones y/o comités u otros, por más de seis meses, debe anotarse sólo una marca "X" en la correspondiente función desarrollada, por año de acreditación:

Por Año a Acreditar	Atención Abierta	Atención Cerrada	Atención Procedimientos y Exámenes	Funciones Administrativas y/o Jefaturas (*)	Comités y/o comisiones de dedicación exclusiva (*)	Otros (**)
01/05/2015 – 30/04/2016						
01/05/2016 – 30/04/2017						
01/05/2017 – 30/04/2018						
01/05/2018 – 30/04/2019						
01/05/2019 – 30/04/2020						
01/05/2020 – 30/04/2021						
01/05/2021 – 30/04/2022						
01/05/2022 – 30/04/2023						
01/05/2023 – 30/04/2024						

(*): La información aquí mencionada se debe complementar con los datos que se entreguen en el formulario 6.B.-, si el profesional hubiese desempeñado alguna de esas funciones.

(**): Especificar

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

5.B.- AREA CLINICA – DE LAS FUNCIONES DEL PROFESIONAL (BIOQUIMICOS)

(Sólo si el profesional ha desempeñado funciones administrativas, participación con dedicación exclusiva a comisiones y/o comités u otros, por más de seis meses)

CERTIFICADO

El presente Subdirector Médico del Establecimiento, Dr.(a) _____ del establecimiento _____ quien suscribe, certifica que el/la siguiente profesional funcionario _____, se ha desempeñado en las siguientes funciones en el período objeto de acreditación (desde el 01/05/2015 al 01/05/2024):

- Funciones administrativas
- Participación con dedicación exclusiva a comisiones y/o comités
- Otros

Y el detalle de esas funciones es el siguiente:

(En orden cronológico)

Tipo de Función (Administrativa, comités, comisiones u otros)	Fecha de comienzo de la función	Tiempo que duró la función (en meses)	Detalle de las labores y responsabilidades que tenía el profesional

De acuerdo con los antecedentes que se posee.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

6.- AREA CLINICA – ASPECTOS CUANTITATIVOS (BIOQUIMICOS)

ATENCIÓN ABIERTA

Esta Factor se acredita mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período objeto de acreditación, con el indicador del porcentaje de cumplimiento de lo programado, con relación a las horas semanales dedicadas a ello y en función de la jornada contratada, en consultas generales y de especialidad atendidas por el profesional.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ 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 %)
01/05/2015 – 30/04/2016		
01/05/2016 – 30/04/2017		
01/05/2017 – 30/04/2018		
01/05/2018 – 30/04/2019		
01/05/2019 – 30/04/2020		
01/05/2020 – 30/04/2021		
01/05/2021 – 30/04/2022		
01/05/2022 – 30/04/2023		
01/05/2023 – 30/04/2024		

(*) En los ocho 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

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

7.- AREA CLINICA – ASPECTOS CUANTITATIVOS (BIOQUIMICOS)

ATENCIÓN CERRADA

Esta Factor se acredita mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período objeto de acreditación, con el indicador del porcentaje de cumplimiento de lo programado, con relación a las horas semanales dedicadas a ello y en función de la jornada contratada, en el número de camas bajo su manejo directo en cada año, el número de cirugías realizadas como primer cirujano o ayudante, partos, anestesia u otros.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ 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 %)
01/05/2015 – 30/04/2016		
01/05/2016 – 30/04/2017		
01/05/2017 – 30/04/2018		
01/05/2018 – 30/04/2019		
01/05/2019 – 30/04/2020		
01/05/2020 – 30/04/2021		
01/05/2021 – 30/04/2022		
01/05/2022 – 30/04/2023		
01/05/2023 – 30/04/2024		

(*) En los ocho 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

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

8.- AREA CLINICA – ASPECTOS CUANTITATIVOS (BIOQUIMICOS)

ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS O EXÁMENES

Esta Factor se acredita mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período objeto de acreditación, con el indicador del porcentaje de cumplimiento de lo programado, con relación a las horas semanales dedicadas a ello y en función de la jornada contratada, en el número de procedimientos o exámenes realizados.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene
asignadas _____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en Procedimientos y
Exámenes 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 %)
01/05/2015 – 30/04/2016		
01/05/2016 – 30/04/2017		
01/05/2017 – 30/04/2018		
01/05/2018 – 30/04/2019		
01/05/2019 – 30/04/2020		
01/05/2020 – 30/04/2021		
01/05/2021 – 30/04/2022		
01/05/2022 – 30/04/2023		
01/05/2023 – 30/04/2024		

(*) En los ocho 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

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

9.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS (BIOQUIMICOS)

EVALUACIÓN JEFE DIRECTO SOBRE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DEL PROFESIONAL – ATENCIÓN ABIERTA

En relación con el aspecto cualitativo se medirá de acuerdo a informe, que consiste en una Apreciación del Jefe Directo, respecto de la Calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el período objeto de acreditación. Para los fines de esta evaluación, se entenderá el concepto de Calidad como el grado de excelencia para entregar el servicio, que confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas de los usuarios que requirieron del profesional funcionario.

CERTIFICADO ATENCIÓN ABIERTA

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ del establecimiento _____ quien suscribe, jefe directo del profesional funcionario _____, quien tiene asignadas _____ horas semanales, certifica que él/ella, actuó con el siguiente nivel de Calidad de sus servicios, en los años del proceso de acreditación del profesional (01/05/2015 al 01/05/2024). Por favor marque una "X" para cada año:

EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL	Superior al Promedio	Similar al Promedio	Inferior al Promedio
Por Año a Acreditar	Responde más de lo esperado	Responde en promedio a lo esperado	Responde menos de lo esperado
01/05/2015 – 30/04/2016			
01/05/2016 – 30/04/2017			
01/05/2017 – 30/04/2018			
01/05/2018 – 30/04/2019			
01/05/2019 – 30/04/2020			
01/05/2020 – 30/04/2021			
01/05/2021 – 30/04/2022			
01/05/2022 – 30/04/2023			
01/05/2023 – 30/04/2024			

Comentarios del jefe directo para respaldar su decisión:

NOMBRE Y FIRMA JEFE DIRECTO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

10.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS (BIOQUIMICOS)

EVALUACIÓN JEFE DIRECTO SOBRE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DEL PROFESIONAL – ATENCIÓN CERRADA

En relación con el aspecto cualitativo se medirá de acuerdo a informe, que consiste en una Apreciación del Jefe Directo, respecto de la Calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el período objeto de acreditación. Para los fines de esta evaluación, se entenderá el concepto de Calidad como el grado de excelencia para entregar el servicio, que confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas de los usuarios que requirieron del profesional funcionario.

CERTIFICADO ATENCIÓN CERRADA

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ del establecimiento _____ quien suscribe, jefe directo del profesional funcionario _____, quien tiene asignadas _____ horas semanales, certifica que él/ella, actuó con el siguiente nivel de Calidad de sus servicios, en los años del proceso de acreditación del profesional (01/05/2015 al 01/05/2024). Por favor marque una "X" para cada año:

EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL	Superior al Promedio	Similar al Promedio	Inferior al Promedio
Por Año a Acreditar	Responde más de lo esperado	Responde en promedio a lo esperado	Responde menos de lo esperado
01/05/2015– 30/04/2016			
01/05/2016 – 30/04/2017			
01/05/2017 – 30/04/2018			
01/05/2018 – 30/04/2019			
01/05/2019 – 30/04/2020			
01/05/2020 – 30/04/2021			
01/05/2021 – 30/04/2022			
01/05/2022 – 30/04/2022			
01/05/2023 – 30/04/2024			

Comentarios del jefe directo para respaldar su decisión:

NOMBRE Y FIRMA JEFE DIRECTO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

11.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS (BIOQUIMICOS)

EVALUACIÓN JEFE DIRECTO SOBRE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DEL PROFESIONAL – ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS O EXÁMENES

En relación con el aspecto cualitativo se medirá de acuerdo a informe, que consiste en una Apreciación del Jefe Directo, respecto de la Calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el período objeto de acreditación. Para los fines de esta evaluación, se entenderá el concepto de Calidad como el grado de excelencia para entregar el servicio, que confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas de los usuarios que requirieron del profesional funcionario.

CERTIFICADO ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS O EXÁMENES

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, jefe directo del profesional funcionario
_____, quien tiene asignadas _____ horas
semanales, certifica que él/ella, actuó con el siguiente nivel de Calidad de sus servicios, en los años del proceso
de acreditación del profesional (01/05/2015 al 01/05/2024). Por favor marque una "X" para cada año:

EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL	Superior al Promedio	Similar al Promedio	Inferior al Promedio
Por Año a Acreditar	Responde más de lo esperado	Responde en promedio a lo esperado	Responde menos de lo esperado
01/05/2015 – 30/04/2016			
01/05/2016 – 30/04/2017			
01/05/2017 – 30/04/2018			
01/05/2018 – 30/04/2019			
01/05/2019 – 30/04/2020			
01/05/2020 – 30/04/2021			
01/05/2021 – 30/04/2022			
01/05/2022 – 30/04/2023			
01/05/2023 – 30/04/2024			

Comentarios del jefe directo para respaldar su decisión:

NOMBRE Y FIRMA JEFE DIRECTO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

12.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS (BIOQUIMICOS)

ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS

Este Factor se acredita mediante la relación cronológica de las **acciones destacadas** desarrolladas en el período en evaluación de **situaciones imprevistas calificadas y valoradas** por el jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo correspondiente.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

Dr.(a) _____ del establecimiento

_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional

funcionario _____, quien tiene asignadas

_____ horas semanales, durante el período objeto de acreditación participó en las siguientes Situaciones

Críticas (se recuerda ordenar por orden cronológico):

Fecha o período de la Situación	Tipo de Situación Crítica (por favor detallar el tipo de situación y las actividades que realizó el profesional)

En donde las Situaciones Críticas son las siguientes:

- Visitas médicas extraordinarias, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera del horario hábil, los fines de semana y festivos.
- Apoyo clínico a otras instituciones de la red asistencial con especial énfasis en la Atención Primaria.
- Emergencias sanitarias.
- Campañas sanitarias extraordinarias.
- Urgencias clínicas.
- Otras que ameriten un desempeño destacado

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

13.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO (BIOQUIMICOS)

Se acredita 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, para lo cual debe presentar la relación de servicios, resoluciones o decretos correspondientes, emitidos por la autoridad competente. Esto también es válido aun cuando estas últimas no estén consignadas formalmente mediante resoluciones emitidas por los establecimientos del Servicio de Salud, bastando el informe del Jefe del servicio Clínico o de la Unidad de Apoyo respectiva, o en su defecto, del Subdirector Médico o del Director del establecimiento.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

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 (entre el 01/05/2015 y el 01/05/2024), en el siguiente orden cronológico:

TIPO DE CARGO (subdirección jefatura, subjefatura, encargado)	ESTABLECIMIENTO DONDE LAS REALIZO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO (tipo de Hospital 1, 2, 3 ó 4, Consultorio, CRS o CDT)	PERÍODO EN QUE EFECTUÓ FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD (en fechas)

De acuerdo con los registros que se posee.

Sus funciones de responsabilidad en ese período fueron las siguientes:

Se exigirá pruebas documentales como forma de demostrar el cumplimiento de los factores materia de evaluación, tratándose de antecedentes ocurridos dentro de nueve años, contado desde el 01 de mayo de 2015 al 01 de mayo de 2024.

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

14.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS (BIOQUIMICOS)

Se acredita 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 calidad o cantidad de los servicios proporcionados a la población usuaria. Se da mayor puntaje si el profesional ha hecho la contribución más relevante cuando se trate de iniciativas colectivas.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

D _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, tiene la
siguiente Relación de Aportes Realizados en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2015 y
el 01/05/2024), en el siguiente orden cronológico:

FECHA DEL APORTE	DESCRIPCIÓN DEL APORTE	TIPO DE APORTE (individual o colectivo)	ÁMBITO (clínico o administrativo)	RESULTADOS OBSERVADOS (evaluar el tipo de mejoría en la calidad o cantidad de los servicios proporcionados a la población usuaria)	NIVEL DE LA CONTRIBUCIÓN (sólo si el aporte es colectivo: Alta, Mediana o Bajo)

De acuerdo con los registros que se posee.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
Dpto. Gestión de las Personas.

15.- AREA ORGANIZACIONAL – RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES (BIOQUIMICOS)

Se acreditará mediante la relación cronológica de los reconocimientos recibidos por el profesional en el período objeto de acreditación, ya sea por desempeño destacado, por labor en beneficio de la comunidad o de los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento. Se incluye dentro de este tipo de reconocimientos la participación del profesional en instancias formales de actividad organizadas por el Ministerio de Salud o los organismos relacionados con él, tales como comisiones o comités de: capacitación, acreditación, concursos, calificaciones, ética, infecciones intrahospitalarias u otras semejantes, incluyendo en ellas la participación como representante gremial o funcionario.

CERTIFICADO

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

Subdirector Médico Establecimiento _____

Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

D _____ del _____ establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, tiene los siguientes
Reconocimientos Institucionales en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2015 y el 01/05/2024), en
el siguiente orden cronológico:

TIPO DE RECONOCIMIENTO (1.- Por desempeño destacado, 2.- Por labor en beneficio de la comunidad 3.- Por labor en beneficio de los funcionarios 4.- Por participación en Comités y/o Comisiones)	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL RECONOCIMIENTO

De acuerdo con los registros que se posee.

En este factor, se debe adjuntar copia de los diplomas, certificados u otros reconocimientos emitidos por la autoridad.

Nota: Se entenderá como Reconocimiento en Desempeño Destacado, como aquel que sea distinto de los reconocimientos institucionales efectuados por los motivos en que el profesional haya trabajado en beneficio de la comunidad o de los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento, o en aquellos casos en que haya participado de comités y/o comisiones.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,