



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

ANTECEDENTES QUE ENTREGA EL PROFESIONAL FUNCIONARIO
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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: ____ / ____ /2026
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.

1.- AREA TÉCNICA – CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO
(CIRUJANOS DENTISTAS)

Las actividades de capacitación y perfeccionamiento se acreditarán mediante una relación cronológica y pormenorizada de éstas, realizadas por el profesional en el período objeto de evaluación, y acompañada de las respectivas certificaciones.

CERTIFICADO

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

- ☐ Jefe(a) Unidad de Capacitación del establecimiento
- ☐ 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 Capacitación y/o Perfeccionamiento en el período objeto de
acreditación (entre el 01/05/2017 y el 01/05/2026), en el siguiente orden cronológico

NOMBRE CURSO	INSTITUCION FORMADORA	Nº HRS	AÑO EFECTUADO	CON O SIN EVALUACIÓN

De acuerdo con los registros que poseen esta Unidad, y los antecedentes aportados por el profesional.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,



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

2.- AREA TÉCNICA – LABOR DOCENTE
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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 del establecimiento
- ☐ 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
01/05/2017 y el 01/05/2026), 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
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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 del establecimiento
- ☐ 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
01/05/2017 y el 01/05/2026), 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
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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 del establecimiento
- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo
- ☐ Director de CESFAM_____

D _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, tiene los
siguientes Reconocimientos Académicos en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2017 y
el 01/05/2026), 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, galvanos 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
(CIRUJANOS DENTISTAS)

CERTIFICADO

El presente Subdirector Médico del Establecimiento o Director del CESFAM, Sr.(a) _____ del establecimiento _____ quien suscribe, certifica que el/la siguiente profesional funcionario _____, se ha desempeñado en las siguientes funcionales profesionales durante el período objeto de acreditación (desde el 01/05/2017 al 01/05/2026):

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 de Apoyo	Funciones Administrativas y/o Jefaturas (*)	Comités y/o comisiones de dedicación exclusiva (*)	Otros (**)
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						
01/05/2024 – 30/04/2025						
01/05/2025 – 30/04/2026						

(*): 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

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

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

(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 O Director del CESFAM, Sr.(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 01/05/2017 al 01/05/2026):

- ☐ 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 a los antecedentes que se posee.

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

6.- AREA CLINICA
(CIRUJANOS DENTISTAS)

ATENCIÓN ABIERTA

Esta Factor se acredita con el indicador de altas odontológicas de nivel primario o altas de especialidad realizadas, relacionado 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):

- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Director de CESFAM _____

Dr.(a) _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene
asignadas _____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento del indicador de altas
odontológicas de nivel primario o altas de especialidad realizadas, relacionado con el número de altas
odontológicas de nivel primario o de especialidad comprometidas, 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 %)
01/05/2017 – 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		
01/05/2024 – 30/04/2025		
01/05/2025 – 30/04/2026		

En todo el periodo se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información.

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

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

7.- AREA CLINICA
(CIRUJANOS DENTISTAS)

ATENCIÓN CERRADA

Este 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 cumplimiento de lo programado en cada caso, con relación al número de visitas de sala, número de camas bajo su manejo 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 las horas semanales dedicadas a ello, en función de la jornada contratada.

CERTIFICADO

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

- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Director de CESFAM _____

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 %)
01/05/2017 – 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		
01/05/2024 – 30/04/2025		
01/05/2025 – 30/04/2026		

En todo el período 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.

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

8.- AREA CLINICA
(CIRUJANOS DENTISTAS)

PROCEDIMIENTOS DE APOYO

Este 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 cumplimiento de lo programado en cada caso, con relación al número de radiografías intra y/o extraorales tomadas por el especialista, número de biopsias incisionales y análisis de biopsias realizados, y su relación con las horas semanales dedicadas a ello, en función de la jornada contratada.

CERTIFICADO

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

- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Director de CESFAM _____

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 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 %)
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		
01/05/2024 – 30/04/2025		
01/05/2025 – 30/04/2026		

En todo el periodo 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.

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

9.A.- AREA CLINICA
(CIRUJANOS DENTISTAS)

ATENCIÓN DE PACIENTES ESPECIALES N° 1

Una proporción de este Factor se acredita mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el periodo objeto de acreditación, con el indicador del 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):

- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Director de CESFAM _____

Dr.(a) _____ del establecimiento _____ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario _____, quien tiene asignadas _____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento del indicador del porcentaje de horas contratadas dedicadas a la atención odontológica de Pacientes Especiales, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

Por Año a Acreditar	Unidad en que se desempeñó el profesional	Porcentaje de horas dedicadas a Pacientes Especiales
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		
01/05/2024 – 30/04/2025		
01/05/2025 – 30/04/2026		

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



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

9.B.- AREA CLINICA
(CIRUJANOS DENTISTAS)

ATENCIÓN DE PACIENTES ESPECIALES N° 2

La otra proporción de este Factor se acredita mediante la relación cronológica de las unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el periodo objeto de acreditación, con el porcentaje de cumplimiento de la programación dedicada a la Atención de Pacientes Especiales, que son aquellos 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):

- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Director de CESFAM _____

Dr.(a) _____ del _____ establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en Atención de 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 Atención a Pacientes Especiales (en %)
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		
01/05/2024 – 30/04/2025		
01/05/2025 – 30/04/2026		

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



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

10.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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 _____
- ☐ Director de CESFAM _____

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 01/05/2017 y el 01/05/2026), 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 a los registros que se posee.
Sus funciones de responsabilidad en ese período fueron las siguientes:

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

11.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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 _____
- ☐ Director de CESFAM _____

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 01/05/2017 y
el 01/05/2026), 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.

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO



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

12.- AREA ORGANIZACIONAL – RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES
(CIRUJANOS DENTISTAS)

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 _____
- ☐ Director de CESFAM _____

D_____ del _____ establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, tiene los siguientes
Reconocimientos Institucionales en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2017 y el 01/05/2026), 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.