

ANTECEDENTES QUE ENTREGA EL PROFESIONAL FUNCIONARIO (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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:

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 (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

La labor docente se acredita mediante una relación cronológica de las actividades docentes realizadas en el período objeto de la evaluación, en calidad de funcionario del Servicio de Salud, siendo exigible que contenga como mínimo la fecha de realización, duración (horas), lugar y contenidos. La presentación respectiva identificará las actividades realizadas indicándose si se trata de **seminarios, clases, charlas en reuniones clínicas, puestas al día, actualización de normativas clínicas, tutoría de prácticas de alumnos de la misma carrera, docente guía en trabajo de seminario, de fin de carrera o tesis de pregrado realizadas en el establecimiento u otras**, la institución donde se realizó y la duración de éstas.

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:

De acuerdo con los registros que posee esta Unidad.

SANTIAGO.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

3.- AREA TÉCNICA – INVESTIGACIÓN (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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:

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,

4.- AREA TÉCNICA – RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 _____

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:

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

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

CERTIFICADO

El presente Subdirector Médico del Establecimiento o Director de 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 y Exámenes	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

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,

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

(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 01/05/2017 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 con los antecedentes que se posee.

SANTIAGO,

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

6.- AREA CLINICA (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 _____

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 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 %)
01/05/2017 – 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.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,

7.- AREA CLINICA (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 este sentido, se debe considerar las siguientes actividades programadas: número de camas a cargo con perfil farmacoterapéutico en relación con el número total de camas en trabajo, cuando corresponda; el número de problemas relacionados con medicamentos detectados en pacientes atendidos en el establecimiento y su relevancia; y el número de recetas y prescripciones despachadas de medicamentos sujetos a control legal.

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 %)
01/05/2017 – 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

8.- AREA CLINICA

ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS O EXÁMENES (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 este sentido, se debe considerar las siguientes actividades programadas: elaboración de dosis unitarias; preparación y despacho de prescripciones y recetas, entre otras las de productos oncológicos, de nutrición parenteral y de productos magistrales, así como el número de recetas y prescripciones despachadas de medicamentos sujetos a control legal; validación y gestión de calidad de exámenes; validación e implementación de técnicas de análisis; aseguramiento de calidad; implementación de nuevas técnicas validadas por normas de laboratorio clínico o laboratorio de análisis en el campo de la salud; u otras propias de estas profesiones.

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 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 %)
01/05/2017 – 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.

_____ NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,

9.- AREA CLINICA (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 _____

Director de CESFAM _____

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)

- Visitas extraordinarias, realización de exámenes 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 la Comisión de Acreditación en conciencia considere como tal.

_____ NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,

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 (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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 periodo 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 periodo fueron las siguientes:

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO,

11.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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:

De acuerdo a los registros que se posee.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

SANTIAGO

12.- AREA ORGANIZACIONAL – RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES (QUÍMICO FARMACÉUTICOS)

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	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL 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)	

De acuerdo a 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,