****

**DR. ALFONSO JORQUERA ROJAS**

DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

PRESENTE

 Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar su aprobación de participar en el proceso de Acreditación Médica de manera voluntaria, según el Art. 17º de la Ley Nº 19.664, en consideración a que tengo \_\_\_\_\_ años en el Nivel \_\_ de la Etapa de Planta Superior de un cargo de \_\_\_\_ horas en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con lo cual puedo optar a Acreditar en la modalidad de Excelencia.

 Estoy en conocimiento del Proceso que se lleva a Cabo en el Servicio para el año 201\_\_, por lo que solicito a Ud. me autorice a participar de éste.

 Atentamente.

\_D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**SRES. COMISION DE ACREDITACIÓN**

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

PRESENTE

 Yo, DR.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Subdirector(a) Médico del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me dirijo a Uds. con la finalidad de manifestar mi consentimiento con la postulación del (la) Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al proceso de Acreditación Médica que está en curso.

 Además, dejo de manifiesto que el Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es un excelente funcionario que desempeña sus funciones con esmero, profesionalismo y pulcritud, razones que me llevan a apoyar su solicitud.

 Atentamente.

D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subdirector Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Santiago, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_

###### ANEXO 1

FORMULARIO SOLICITUD ACREDITACION PROFESIONALES

LEY Nº 19.664

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HORAS QUE ACREDITA** |  | **CORRELATIVO A ACREDITAR** |  |
| **ETAPA** |  | **NIVEL** |  | **ANTIGÜEDAD EN EL NIVEL** |  |

**I IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
|  |  |
| **RUN** | **ESTABLECIMIENTO** |
|  |  |
|  |  |
| **DOMICILIO (CALLE/POBLACIÓN/COMUNA/CIUDAD)** | **TELEFONO OFICINA** |
|  |  |
|  |  |
| **CORREO ELECTRONICO** | **CELULAR** |

**II.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **TITULO** | **UNIVERSIDAD/INSTITUCION** |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| **FECHA DE TITULO (DD/MM/AA)** |
|  |  |
| **ESPECIALIDAD** | **UNIVERSIDAD/INSTITUCION** |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| **FECHA ESPECIALIDAD (DD/MM/AA)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA RECEPCION** |  |  | **FIRMA POSTULANTE** |  |

#### ANEXO 2

####

#### DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

**Por el presente instrumento:**

|  |
| --- |
| **Yo .** |
| **Cédula de Identidad Nº .** |
| **Nacionalidad .** |
| **Estado Civil .** |
| **Domiciliado en .** |

**Declaro que:**

**1.-** Para los efectos previstos en el Artículo 11º letra e)de la Ley 18.834, que aprueba el Estatuto Administrativo, que no he cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria durante los últimos cinco años.

**2.**- Para efectos del Artículo 56º de la Ley 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, declaro no estar afecto a las inhabilidades e incompatibilidades administrativas de:

1. Tener vigente o suscribir por mí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a 200 Unidades Tributarias Mensuales o más, tampoco tener litigios pendientes con el Servicio de Salud Metropolitano Norte. De igual forma declaro bajo juramento no tener la calidad de director, administrador, representante o socio titular del 10% o más de los derechos de sociedad que tenga contratos o cauciones con este Servicio de Salud.
2. Tener la calidad de cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos de esta institución (a nivel de Jefe de Departamento o su equivalente).
3. Haber sido condenado por crimen o simple delito.

**3.-** Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en las penas establecidas en el Artículo 210º de Código Penal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Fecha** |  | **Firma** |  |

**ANEXO 3**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PROFESIONALES FUNCIONARIOS**

**LEY Nº 19.664**

**1.- AREA TÉCNICA:**

**RELACION CRONOLÓGICA ACTIVIDADES DE CAPACITACION, PERFECCIONAMIENTO, ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN O ESPECIALIDAD DERIVADA:** registre todas las actividades del factor, en el orden que son presentadas en su postulación, señalando la Institución que impartió la actividad y el número de horas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE ACTIVIDAD** | **INSTITUCION** | **DESDE** | **HASTA** | **EVALUACIÓN****SI/NO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS EN ESTE FACTOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA: 1.- Estos antecedentes deberán ser debidamente acreditados.**

**2.- En el caso que requiera más hojas, fotocopie este anexo.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA RECEPCION** |  |  | **FIRMA POSTULANTE** |  |

**ANEXO 4**



**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PROFESIONALES FUNCIONARIOS**

**LEY Nº 19.664**

**1.- AREA TÉCNICA:**

**RELACION CRONOLÓGICA DE LABORES DOCENTES,** registre todas las actividades del factor, en el orden que son presentadas en su postulación, señalando la Institución en que impartió la actividad y el número de horas.

Cabe señalar que este factor considera sólo la **docencia de tipo institucional a otros profesionales funcionarios. (Solo de la Ley 19.664)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE DOCENCIA** | **DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE** | **DESDE/HASTA** | **Nº HORAS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS EN ESTE FACTOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1.- Estos antecedentes deberán ser debidamente acreditados.**

**2.- En el caso que requiera más hojas, fotocopie este anexo.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA RECEPCION** |  |  | **FIRMA POSTULANTE** |  |



##### ANEXO 5

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PROFESIONALES FUNCIONARIOS**

**LEY Nº 19.664**

**1.- AREA TÉCNICA:**

**RELACION CRONOLÓGICA DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS,** registre todas las actividades del factor, en el orden que son presentadas en su postulación, señalando la Institución en que impartió la actividad y el número de horas.

**Cabe señalar que este factor considera sólo las investigaciones relevantes para los planes de salud de la red de atención del servicio de salud metropolitano norte en los ámbitos laboral, clínico, técnico u organizacional.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **AUTOR** | **COAUTOR** | **COLABORADOR** | **DESDE** | **HASTA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS EN ESTE FACTOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1.- Estos antecedentes deberán ser debidamente acreditados.**

**2.- En el caso que requiera más hojas, fotocopie este anexo.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA RECEPCION** |  |  | **FIRMA POSTULANTE** |  |

**ANEXO 6**

# SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

**CERTIFICACIÓN CUANTITATIVA AREA CLINICA**

**(UNO POR CADA AÑO)**

**ATENCIÓN ABIERTA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El Jefe de Servicio Clínico |  | ó | Unidad de Apoyo Clínico |  |

Don (ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital /Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ funcionario de la Ley Nº 19.664, el que posee la especialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_\_\_ horas contratadas semanales, de las que tiene asignadas para Atención Abierta \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, cumplió un \_\_\_\_\_\_\_\_ % en relación a lo programado el año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | FIRMA |

**SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

## *\*Debe ser llenado de puño y letra por el Jefe directo del Profesional.*ANEXO 7

# SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

**CERTIFICACIÓN DE CALIDAD EN AREA CLINICA**

 **(UNO POR CADA AÑO)**

**ATENCIÓN ABIERTA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El Jefe de Servicio Clínico |  | ó | Unidad de Apoyo Clínico |  |

Don (ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital /Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional funcionario Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es sus \_\_\_\_\_\_\_\_ horas asignadas para Atención Abierta el año \_\_\_\_\_\_\_\_, realizó dichas actividades con:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Calidad Alta |  |  | Calidad media |  |  | Calidad Insuficiente |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | FIRMA |

**SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

***\*Debe ser llenado de puño y letra por el Jefe directo del Profesional.***



**ANEXO 8**

# SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

**CERTIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL AREA CLINICA**

**(UNO POR CADA AÑO)**

**ATENCIÓN CERRADA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El Jefe de Servicio Clínico |  | ó | Unidad de Apoyo Clínico |  |

Don (ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital /Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ funcionario de la Ley Nº 19.664, el que posee la especialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_\_\_ horas contratadas semanales, de las que tiene asignadas para Atención Cerrada \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, cumplió un \_\_\_\_\_\_\_\_ % en relación a lo programado el año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | FIRMA |

**SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

*\*Debe ser llenado de puño y letra por el Jefe directo del Profesional.*

ANEXO 9

# SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

**CERTIFICACIÓN DE CALIDAD EN AREA CLINICA**

 **(POR CADA AÑO)**

**ATENCIÓN CERRADA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El Jefe de Servicio Clínico |  | ó | Unidad de Apoyo Clínico |  |

Don (ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital /Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional funcionario Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es sus \_\_\_\_\_\_\_\_ horas asignadas para Atención Cerrada el año \_\_\_\_\_\_\_\_, realizó dichas actividades con:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Calidad Alta |  |  | Calidad media |  |  | Calidad Insuficiente |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | FIRMA |

**SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

***\*Debe ser llenado de puño y letra por el Jefe directo del Profesional.***

**ANEXO 10**

#

# SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

**CERTIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL AREA CLINICA**

**(POR CADA AÑO)**

**ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS O EXAMENES:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El Jefe de Servicio Clínico |  | ó | Unidad de Apoyo Clínico |  |

Don (ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital /Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ funcionario de la Ley Nº 19.664, el que posee la especialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_\_\_ horas contratadas semanales, de las que tiene asignadas para Procedimientos y/o Exámenes \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, cumplió un \_\_\_\_\_\_\_\_ % en relación a lo programado el año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | FIRMA |

**SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

*\*Debe ser llenado de puño y letra por el Jefe directo del Profesional.*



## ANEXO 11

# SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

**CERTIFICACIÓN DE CALIDAD EN AREA CLINICA**

 **(POR CADA AÑO)**

**ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS O EXAMENES:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El Jefe de Servicio Clínico |  | ó | Unidad de Apoyo Clínico |  |

Don (ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital /Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional funcionario Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es sus \_\_\_\_\_\_\_\_ horas asignadas para Procedimientos y/o Exámenes el año \_\_\_\_\_\_\_\_, realizó dichas actividades con:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Calidad Alta |  |  | Calidad media |  |  | Calidad Insuficiente |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | FIRMA |

**SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

*\*Debe ser llenado de puño y letra por el Jefe directo del Profesional.*