|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMISION PUESTA EN MARCHA**  **HOSPITAL BIPROVINCIAL**  **QUILLOTA - PETORCA** | **QUE SOMOS-QUE HACEMOS-QUE NOS FALTA** | | |
| **SERVICIO – UNIDAD - AREA** |  | | |
| **JEFATURA** | **NOMBRE:**  **PROFESIÓN:** | | |
| **¿LA JEFATURA DISPONE DE HORAS DE GESTIÓN?** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | PRODUCCION ANUAL | 2015 | 2016 | 2017 | TOTAL HORAS | GESTION/  OTROS | CONSULTA | ESTUDIO  ANAT. PAT | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | TOTAL: |  |  |  |  |  |  |  | | | **¿CUÁNTAS?** |
| **ORDEN SUBROGANCIAS DE LA JEFATURA** | **1ª SUBROGANCIA**  NOMBRE:  PROFESIÓN: | **2ª SUBROGANCIA**  NOMBRE:  PROFESIÓN: |
| **SUPERVISOR – COORDINADOR SERVICIO – UNIDAD - AREA** | NOMBRE: -  PROFESIÓN: - |  |
| **ORDEN DE SUBROGANCIA DE SUPERVISORES O COORDINADORES** | **1ª SUBROGANCIA**  NOMBRE: -  PROFESIÓN: - | **2ª SUBROGANCIA**  NOMBRE: -  PROFESIÓN: - |
| **¿EN SU SERVICIO – UNIDAD - AREA SE REALIZA DOCENCIA REGULARMENTE?** | **PREGRADO**  **-** | **POSTGRADO**  **-** |
| **N° RR.HH. SERVICIO – UNIDAD - AREA** | **PROFESIONALES MEDICOS/ PROFESIONALES NO MEDICOS/TÉCNICOS / AUXILIARES/OTROS** | **N° CARGOS / HORAS** | **N° HONORARIOS** |
| PROFESIONALES MEDICOS |  |  |
| PROFESIONALES NO MEDICOS |  |  |
| TENS |  |  |
| AUXILIARES DE SERVICIO |  |  |
|  | ADMINISTRATIVOS |  |  |
| **CARTERA PRESTACIONES EN AREA CLINICA** | **ATENCIÓN ABIERTA** | **ATENCIÓN CERRADA** | **OTROS** |
|  |  |  |
| **AREA ADMINISTRATIVA-TECNICA-ACTIVIDADES Y SERVICIOS** | **-** | **-** |  |
| **EQUIPAMIENTO ACTUAL** | **CUAL?** | **NUMERO** |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
| Vuestro Equipo aquí deberá mencionar opiniones, visión, tareas, etc. para  el nuevo hospital basado en lo que ustedes conocen del proyecto |
| - |
| - |
| - |