|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Imagen que contiene Gráfico  Descripción generada automáticamente**Servicio de Salud Aconcagua** | | | | | | | | |  | |
| **Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas** | | | | | | | |  | |
| **Comité de Selección** | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | |
| **FORMULARIO UNICO DE POSTULACION Y ANTECEDENTES** | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **FORMULARIO N° 1** | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A.- IDENTIFICACION DEL/LA POSTULANTE** | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **R.U.T** |  | | | | | | | | | **GRADO** | |  | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  | | |  | | |
|  | **PLANTA** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **TITULO PROFESIONAL** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | | | |  |  | | | | | |  |  |
|  | **FECHA TITULACION** | DIA: | | | | | | MES: | | | | AÑO: | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **UNIDAD** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  |  |
|  | **ESTABLECIMIENTO** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  |  | | | |  |
|  | **TELEFONO CELULAR** |  | | | | | | | ANEXO: | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  |  | | | |  |
|  | **DOCIMILIO PARTICULAR** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **E-MAIL** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**B.- DE LAS INHABILIDADES**

La jefatura de Unidad de Gestión de Personas, Personal o Unidad Ciclo de Vida Laboral, valida que el/la postulante presenta una de las siguientes inhabilidades para participar del concurso. **Dejar en blanco si no presenta inhabilidades. De lo contrario Marcar con una X si el/la funcionario/a presenta alguna de las siguientes:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | No hubiesen sido calificados o calificadas en lista 1 ó 2 de distinción o buena en el período inmediatamente anterior. |
|  |  |
|  | No hubiesen sido calificados o calificadas en dos períodos consecutivos. Exceptuase lo dispuesto en la Ley N° 19.296, respecto de los funcionarios y funcionarias que sean directores o directoras de alguna asociación de funcionarios. (Aplica dictamen N°28.982/2005). |
|  |  |
|  | Hubiesen sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez, en los doce meses anteriores de producida la vacante. |
|  |  |
|  | Hubiesen sido sancionados o sancionadas con la medida disciplinaria de multa en los doce meses anteriores de producida la vacante. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA Y TIMBRE JEFE DE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C.- DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FACTORES** | | | **DESCRIPCIÓN** | **N° DOCUMENTOS** | |  |  |
| **1.- FACTOR DE CAPACITACION PERTINENTE** | | | NUMERO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS POR CADA FACTOR INCLUIDO EL FORMULARIO |  | |  |  |
| **2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO** | | |  | |  |  |
| **3.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA** | | |  | |  |  |
| **4.- FACTOR APTITUD PARA EL CARGO** | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FIRMA POSTULANTE** |  | | |  | |
|  |  |  |  |  |
| **FECHA POSTULACION** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud Aconcagua** | | | | | | | | | | |  | |  | | --- | |  | | | |  | | |
| **Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas** | | | | | | | | | |  |  |  | | |  | | |
| **Comité de Selección** | | | | | | | | | |  |  | Imagen que contiene Gráfico  Descripción generada automáticamente | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | |  |  |  | | |  | | |
| **FORMULARIO N° 2** | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | |  |  |  | | | | | |  | |  | | |
| **1.-** | **FACTOR CAPACITACION PERTINENTE (25%)** | | | | | | | | | | | |  | |  | | |
|  | **Sub-Factores**  1.- Actividades de Capacitación con evaluación, determinada como pertinente por el Servicio de Salud Aconcagua.  2.- Diplomados sin distinción de horas ni fechas y Post-Títulos de 150 y más horas. | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | |
|  |  |  | | | |  |  | | | | | |  | |  | | |
|  | **Anexa Certificado Histórico de Capacitación:** | **SI** | | **NO** | |  | **NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS DE CAPACITACION:** | | | | | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | **CANTIDAD DE DIPLOMADOS Y POST-TITULOS:** | | | | | |  | |  | | |
|  |  |  | | | |  |  | | | | | |  | |  | | |
|  |  |  | | | |  |  | | | | | |  | |  | | |
|  |  |  | | | |  |  | | | | | |  | |  | | |
| **FIRMA POSTULANTE** | |  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  |  | | | | | |  | |  | | |
| **FIRMA Y TIMBRE ENCARGADO DE CAPACITACION** | |  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  |  | | | | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  |  | | | | | |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección Servicio de Salud Aconcagua** | | | | | | Imagen que contiene Gráfico  Descripción generada automáticamente   |  | | --- | |  | | | | | | |  |
| **Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas** | | | | |  |  | | | | | |  |
| **Comité de Selección** | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | |  |  | | | | | |  |
|  | |  | |  |  |  | | | | | |  |
| **FORMULARIO N° 3** | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | | | | |  |
| **2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO ( 25% )** | | | | | | |  | | | | |  |
|  | |  |  | | | |  | | | | |  |
| **PERIODO** | |  | **CALIFICACION** | | | |  | |  | | | | | |  | | |
| Ultima calificación obtenida, considerando el último proceso calificatorio ejecutoriado y afinado al inicio del proceso del presente concurso. | | |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| Anexar certificados de la Unidad de Gestión de Personas, Personal o Unidad de Ciclo de Vida Laboral, que señale la última calificación obtenida por el postulante o la postulante **ANEXO N° 1** | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| **FIRMA POSTULANTE** |  | |  | | | |  | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA Y TIMBRE JEFE DE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Imagen que contiene Gráfico  Descripción generada automáticamente**Servicio de Salud Aconcagua** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Subdirección de las Personas** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Comité de Selección** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| **FORMULARIO N° 4** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| **3.-** | **FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA, 25%** | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| 1. **Antigüedad como** **Profesional en la Administración del Estado** en calidad de titular, a contrata y suplente, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la fecha de obtención del título profesional. (20%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **AÑOS** | | | **MESES** | | | | **DIAS** | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 1. **Antigüedad como Profesional en el Servicio de Salud Aconcagua** en calidad de titular, a contrata, suplente y código del trabajo, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. (30%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | | | | |  | | | | | |
| **AÑOS** | | | **MESES** | | | | **DIAS** | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 1. **Antigüedad como Titular** en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. (30%). | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | |  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **AÑOS** | | | **MESES** | | | | **DIAS** | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  |
| 1. **Antigüedad en el Grado** actual como titular, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. (20%) | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| **AÑOS** | | **MESES** | | | | | | **DIAS** | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| Anexar certificados de la Unidad de Gestión de Personas, Personal o Unidad de Ciclo de Vida Laboral, que señale estas antigüedades que tenga el postulante o la postulante al 31 de Mayo 2023. **ANEXO N° 2** | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **FIRMA POSTULANTE** | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| **FIRMA Y TIMBRE JEFE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | |  | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Imagen que contiene Gráfico  Descripción generada automáticamente**Servicio de Salud Aconcagua** | | | | | | | | |  | |
| **Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas** | | | | | | | |  | |
| **Comité de Selección** | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| **FORMULARIO N° 5** | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| **4.-** | **FACTOR APTITUD PARA EL CARGO, 25%** | | | | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ítem** | N° actividades certificadas |
| Jefatura o Encargado/a: Acreditación de función de **responsabilidad en actividad clínica y/o administrativa** (encomendación de funciones jefes o encargados) en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, **50 puntos** por cumplir con una encomendación este ítem, con un máximo de 50 puntos. |  |
| Subrogancia: Acreditación de funciones de responsabilidad, por tener una función, sólo en una **primera y segunda subrogancia**, en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, **40 puntos** por primera subrogancia y **20 puntos** por segunda subrogancia, **con un** **máximo de 40 puntos** en este ítem. |  |
| Encargado/a de Programa: Acreditar ser **encargado/a de programas,** en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos cada una, **con un máximo de 40 puntos.** |  |
| Comités: Acreditar participación en comités, comisiones o grupos de trabajo formales del **área organizacional y/o clínico asistencial**, en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 15 puntos por cada participación **con un máximo de 60 puntos.** |  |
| Relatoría Interna: En actividades de capacitación en el Servicio de Salud Aconcagua, 20 puntos por cada actividad de relatoría **con un máximo de 20 puntos.** |  |
| Anotaciones de Mérito: Por acreditar poseer una o más anotaciones en establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua, 20 puntos por una o más, **con un máximo 20 puntos**. |  |
| Actividades de Postgrado: Por contar con un Máster, Magíster, Doctorado conducentes a la obtención de un grado académico, sin tope de fechas, 40 puntos por poseer una actividad, **con un máximo de 40 puntos.** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Anexar certificados de la Unidad de Recursos Humanos, Personal, Unidad de Ciclo de Vida Laboral, Capacitación, Director o Directora de Establecimientos, según corresponda que. **ANEXOS N°s 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.** | | | | |  |  |  |  |  |
| **FIRMA POSTULANTE** | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
| **FIRMA Y TIMBRE JEFE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** | | |  |  |  |

**ANEXO N° 1**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

## C E R T I F I C A D O

## EVALUACIÓN DESEMPEÑO

La suscrita Jefa de la Unidad de Personal del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que **D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional, grado ° EUS, obtuvo la siguiente calificación en el último proceso calificatorio ejecutoriado y afinado al inicio del proceso del presente concurso,** información requerida para el concurso de promoción de la planta de profesionales, año 2023 a saber:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | | |
| **PERIODO CALIFICATORIO** | | | **CALIFICACION** | | | **LISTA** |
| **Último proceso calificatorio ejecutoriado y afinado al inicio del proceso del presente concurso** | | |  | | |  |

Se extiende el presente documento, para certificar el factor de Evaluación de Desempeño que obtuvo el postulante y ser presentado en el concurso de promoción de la plantas de profesionales año 2023.

NOMBRE JEFE UNIDAD

CARGO

ESTABLECIMIENTO

San Felipe, xxxxxxx de 2023.-

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 2**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

## C E R T I F I C A D O

## EXPERIENCIA CALIFICADA

La suscrita Jefa de la Unidad de Personal del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que **D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** posee las siguientes antigüedades, requeridas para el concurso de promoción de la planta de profesionales, año 2023 a saber:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Antigüedad como** **Profesional en la Administración del Estado** en calidad de titular, a contrata y suplente, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la fecha de obtención del título profesional**. (20%)** | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| **AÑOS** | | | **MESES** | | | **DIAS** | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 1. **Antigüedad como Profesional en el Servicio de Salud Aconcagua** en calidad de titular, a contrata, suplente y código del trabajo, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. **(30%)** | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |
| **AÑOS** | | | **MESES** | | | **DIAS** | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 1. **Antigüedad como Titular** en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. (30%). | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| **AÑOS** | | | **MESES** | | | **DIAS** | | |
|  | | |  | | |  | | |
| 1. **Antigüedad en el Grado** actual como titular, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. (20%) | | | | | | | | | | |
| **AÑOS** | | **MESES** | | | | | **DIAS** | |
|  | |  | | | | |  | |

Se extiende el presente certificado, para certificar antigüedad que posee el postulante y ser presentado en el concurso de promoción de la planta de profesionales año 2023.

NOMBRE JEFE UNIDAD

CARGO

ESTABLECIMIENTO

San Felipe, xxxxxxx de 2023.-

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 3**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO EN CARGOS DE JEFATURA O ENCARGADO**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, en los cargos de responsabilidades en actividades clínicas y/o administrativas (encomendación de funciones jefes o encargados), en el período 01.06.2018 al 31.05.2023, que se indican:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo o Encomendación de funciones o apoyo.** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado la funcionaria o funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Jefatura o Encargado/a** del Factor **Aptitud para el Cargo** del concurso de promoción de profesionales año 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 4**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO EN FUNCIONES DE SUBROGANCIA**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, siendo subrogante de las jefaturas y unidades, en el período 01.06.2018 al 31.05.2023, que se indican:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo y unidad en funciones de PRIMER subrogante** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nombre del Cargo y unidad en funciones de SEGUNDO subrogante** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado la funcionaria o funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Subrogancia en el Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el Cargo** del concurso de promoción año 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 5**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO EN CARGOS DE ENCARGADOS DE PROGRAMAS**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, en los cargos de responsabilidades encargado de los siguientes programas, en el período 01.06.2018 al 31.05.2023, que se indican:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo de Encargados de Programas.** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado la funcionaria o funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Encargada/o de Programas en el Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el Cargo** del concurso de promoción de profesionales año 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 6**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO PARTICIPACION EN COMITES, COMISIONES AREA ORGANIZACIONAL Y/O CLINICO ASISTENCIAL**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha participado en las siguientes instancias en el Servicio de Salud Aconcagua, en el período 01.06.2018 al 31.05.2023, que se indican:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de la Comisión, Comité o instancia de participación.** | **N° Resolución o documento que acredite participación y fecha.** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado la funcionaria o funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Comités, Comisiones del Área Organizacional y/o Clínico Asistencial** del Factor **Aptitud para el Cargo** del concurso de promoción de profesionales año 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 7**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO RELATORIA INTERNA**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha participado como relator/a en las siguientes capacitaciones internas en este Servicio de Salud Aconcagua, en el período 01.06.2018 al 31.05.2023, que se indican:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de actividad de capacitación o tema del cual fue relator/a** | **N° de horas pedagógicas** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones o aportes que ha realizado la funcionaria o funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Relatoría Interna del Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el Cargo** del concurso de promoción de profesionales año 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 8**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO DE ANOTACIONES DE MÉRITO**

**EN EL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y registra las siguientes anotaciones de mérito, en el período 01.06.2018 al 31.05.2023, que se indican:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Motivo de la Anotación** | **Fecha** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las anotaciones de mérito que le han consignado a la funcionaria o funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Anotaciones de Mérito en el Servicio de Salud Aconcagua,** del concurso de promoción de profesionales año 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).

**ANEXO N° 9**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO ACTIVIDADES DE POSTGRADO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, postulante al concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, adjunto envío a ustedes copias autentificadas por los ministros de fe del establecimiento, que tiene relación con las siguientes actividades de postgrado:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de actividad Máster, Magíster, Doctorado (copia de título otorgado por la entidad educacional)** | **Fecha realización actividad** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL O LA POSTULANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO POSTULANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN ENVIA DOCUMENTOS

**ANEXO N° 10**

**FORMULARIO DE APELACIÓN**

**CONCURSO DE PROMOCIÓN DE LA PLANTA DE PROFESIONALES**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELACION AL COMITÉ DE SELECCIÓN** | | | |
| **1.- CAPACITACION PERTINENTE 25%** | | | |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación del sub-factor: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **2.- EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 25%** | | | |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **3.- EXPERIENCIA CALIFICADA 25%** | | | |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación del sub-factor: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **4.- APTITUD PARA EL CARGO 25%** | | | |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE** | | | |
| NOMBRE COMPLETO |  | | |
| RUN |  | | |
| CORREO ELECTRÓNICO |  | | |
| ESTABLECIMIENTO |  | | |
| GRADO E.U.S. |  | PLANTA |  |
| TELEFONO |  | ANEXO |  |
| FIRMA POSTULANTE |  | FECHA APELACIÓN |  |