

# **FORMULARIOS**

FORMULARIO UNICO DE POSTULACION Y ANTECEDENTES

**FORMULARIO N° 1**

**A.- IDENTIFICACION DEL/LA POSTULANTE**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>			
<b>R.U.T</b>		<b>GRADO</b>	
<b>PLANTA</b>			
<b>TITULO PROFESIONAL</b>			
<b>FECHA TITULACION</b>	<b>DIA:</b>	<b>MES:</b>	<b>AÑO:</b>
<b>UNIDAD</b>			
<b>ESTABLECIMIENTO</b>			
<b>TELEFONO CELULAR</b>		<b>ANEXO:</b>	
<b>DOCIMILIO PARTICULAR</b>			
<b>E-MAIL</b>			

**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. (Marcar con una X en la opción que corresponda)

<input type="checkbox"/>	No hubiesen sido calificados o calificadas en lista 1 ó 2 de distinción o buena en el período inmediatamente anterior.
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	Hubiesen sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez, en los doce meses anteriores de producida la vacante.
<input type="checkbox"/>	Hubiesen sido sancionados o sancionadas con la medida disciplinaria de multa en los doce meses anteriores de producida la vacante.

<b>FIRMA JEFE DE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS</b>	
--	--

**C.- DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA**

<b>FACTORES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>N° DOCUMENTOS</b>
<b>1.- FACTOR DE CAPACITACION PERTINENTE</b>	NUMERO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS POR CADA FACTOR	
<b>2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO</b>		
<b>3.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA</b>		
<b>4.- FACTOR APTITUD PARA EL CARGO</b>		

<b>FIRMA POSTULANTE</b>	
-------------------------	--

<b>FECHA POSTULACION</b>	
--------------------------	--



## 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 y Post-Títulos de 200 y más horas.

Anexo Certificado histórico de Capacitación.	SI	NO	CANTIDAD DE HORAS CAPACITACION	
			CANTIDAD DE DIPLOMADOS Y POST-TITULOS	

FIRMA POSTULANTE	
------------------	--

FIRMA ENCARGADO DE CAPACITACION	
---------------------------------	--

**FORMULARIO N° 3**

**2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO ( 25% )**

PERIODO	CALIFICACION
<b>Ultima calificación obtenida, considerando el último proceso calificadorio ejecutoriado y afinado al inicio del proceso del presente concurso.</b>	

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**

<b>FIRMA POSTULANTE</b>	
-------------------------	--

<b>FIRMA JEFE DE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS</b>	
--	--



### **FORMULARIO N° 4**

#### **3.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA, 25%**

- a) **Antigüedad como Profesional en la Administración del Estado** en calidad de titular y a contrata, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la fecha de obtención del título profesional. (20%)

<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>

- b) **Antigüedad como Profesional en el Servicio de Salud Aconcagua** en calidad de titular y a contrata, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. (30%)

<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>

- c) **Antigüedad como Titular** en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera. (30%).

<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>

- d) **Antigüedad en el Grado** actual como titular, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera. (20%)

<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>

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 2021.

#### **ANEXO N° 2**

<b>FIRMA POSTULANTE</b>	
-------------------------	--

<b>FIRMA JEFE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS</b>	
---	--



### FORMULARIO N° 5

**4.- FACTOR APTITUD PARA EL CARGO, 25%**

Ítem	N° actividades certificadas
Participación en comités, comisiones o grupos de trabajo formales del área organizacional, en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos por cada participación, con un máximo de 40 puntos.	
Participación en comités, comisiones o grupos de trabajo formales del área Clínico Asistencial, en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos por cada participación, con un máximo de 40 puntos.	
Acreditación de responsabilidades en actividades clínicas y/o administrativas (encomendación de funciones jefes o encargados) en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos por cada una, con un máximo de 30 puntos.	
Acreditar ser encargado/a de programas, en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos cada una con un máximo de 30 puntos.	
Funciones de responsabilidad, solo en una primera subrogancia, en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, 20 puntos por tener una o más, con un máximo de 20 puntos.	
Relator/a en capacitación interna en el Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos cada actividad de relatoría, con un máximo de 20 puntos.	
Participación en el diseño y/o ejecución de programas específicos, Instalación de un nuevo programa en la cartera de prestaciones del establecimiento y/o por haber realizado algún proyecto de innovación o mejoramiento en el marco de las buenas prácticas, en el Servicio de Salud Aconcagua, con un máximo de 10 puntos.	
Por certificación de participación en trabajos científicos, se deberá adjuntar copia de la publicación donde aparezca el nombre, pudiendo ser como autor o coautor, con un máximo de 10 puntos.	
Realización de docencia no remunerada en calidad de tutor o guía, con alumnos de pregrado en establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua, con un máximo de 10 puntos.	
Consignación de Anotaciones de Mérito, 20 puntos por poseer una o más anotaciones en establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua, con un máximo de 20 puntos.	
Consignación de Anotaciones de Demérito, 20 puntos por no poseer ninguna anotación en establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua, con un máximo de 20 puntos.	
Actuación como Fiscal o Actuario en procedimientos disciplinarios establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua, 10 puntos por participación, con un máximo de 10 puntos.	
Actividades de Postgrado (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, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.**

FIRMA POSTULANTE	
------------------	--

FIRMA JEFE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS	
--	--

# **ANEXOS**



## 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 calificadorio ejecutoriado y afinado al inicio del proceso del presente concurso, información requerida para el concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, año 2021 a saber:

PERIODO CALIFICATORIO	CALIFICACION	LISTA
Último proceso calificadorio 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 las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

**NOMBRE JEFE UNIDAD**  
**CARGO**  
**ESTABLECIMIENTO**

San Felipe, xxxxxxx de 2021.-

## 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 las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, año 2021 a saber:

- a) **Antigüedad como Profesional en la Administración del Estado** en calidad de titular y a contrata, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la fecha de obtención del título profesional. **(20%)**

AÑOS	MESES	DIAS

- b) **Antigüedad como Profesional en el Servicio de Salud Aconcagua** en calidad de titular y a contrata, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera desde la obtención del título profesional. **(30%)**

AÑOS	MESES	DIAS

- c) **Antigüedad como Titular** en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera. (30%).

AÑOS	MESES	DIAS

- d) **Antigüedad en el Grado** actual como titular, en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera (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 las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

**NOMBRE JEFE UNIDAD**  
**CARGO**  
**ESTABLECIMIENTO**

San Felipe, xxxxxxx de 2021.-

## ANEXO N° 3

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
HOSPITAL XXXXX

### CERTIFICADO PARTICIPACION EN COMITES, COMISIONES AREA ORGANIZACIONAL

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 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican:

Se considerarán para certificar la participación en el área organizacional los siguientes instancias: Comité de Mejoramiento del Entorno Laboral, Comité Paritario, Comité de Capacitación, Comité de Vestuario, Comisión Salud, Junta Calificadora Central o Regional, Comisión de Alimentación, Comité de Jardines Infantiles, Comisiones de Concursos, Comité de Bienestar, Comité de Emergencia y Desastres, Comité Deportivo, Comités Escolares, Comités Culturales, Comité de Navidad, Comité Buenas Prácticas Laborales, Comité de Ética, Tricel, etc.

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 **Participación en Comités, Comisiones Área Organizacional** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_  
CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

## ANEXO N° 4

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
HOSPITAL XXXXX

### CERTIFICADO PARTICIPACION EN COMITES, COMISIONES AREA CLINICA 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 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican:

Funciones vinculadas a las acciones de trabajo. Ej: equipo directivo /consejo consultivo usuario, técnico consultivo, VIH, equipo calidad, comité farmacia abastecimiento, ética, relación asistencial docente, lactancia, etc.

N° CORR.	Nombre de la Comisión, comité o instancia de participación en el área clínica asistencial.	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 **Participación en Comités, Comisiones Area Clínico Asistencial** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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 RESPONSABILIDAD O ENCOMENDACION DE FUNCIONES

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 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican:

Pudiendo ser: Encargado de OIRS, jefe de inventarios, jefe de bodega, jefe departamento, jefe de sección o unidad, jefe de oficina, encargado de unidades, jefe de sector, etc.

Nombre del Cargo o encomendación de funciones o apoyo.	N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.	Fecha Desde	Fecha Hasta	N° de meses

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 **Funciones de cargos y responsabilidades asumidas o encomendación de funciones** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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 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 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican:

Pudiendo ser: Niño sano, chile crece, cardiovascular, GES, etc

Nombre del Cargo o encomendación de funciones o apoyo.	N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.	Fecha Desde	Fecha Hasta	N° de meses

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 Encargado de Programas en el Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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 EN FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

Quien suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_; Rut: \_\_\_\_\_ se desempeña en el **(ESTABLECIMIENTO)**, dependiente del **Servicio de Salud Aconcagua**, siendo primer subrogante de las jefaturas y unidades, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican:

Por cada desempeño, de **funciones de responsabilidad** solo en una primera subrogancia en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua.

Nombre del Cargo y unidad en funciones de primer 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 **Funciones de Responsabilidad en el Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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 RELATOR/A EN CAPACITACION INTERNA SERVICIO SALUD ACONCAGUA

Quien suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_; Rut: \_\_\_\_\_ se desempeña en el **(ESTABLECIMIENTO)**, dependiente del Servicio de Salud Aconcagua, y ha participado como relator en las siguientes capacitaciones internas en este Servicio de Salud Aconcagua, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican:

Pudiendo ser: PAC local, Global u otra tipo de docencia interna que se haya realizado.

N° CORR.	Nombre de actividad de capacitación	N° de horas cronológicas	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 **Relator en capacitación interna del Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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 PARTICIPACION EN DISEÑO Y/O EJECUCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS, NUEVO PROGRAMA EN LA CARTERA DE PRESTACIONES DEL ESTABLECIMIENTO O ALGUN PROYECTO DE INNOVACION O MEJORAMIENTO EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRACTICAS LABORALES A LA ORGANIZACION

Quien suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_; Rut: \_\_\_\_\_ se desempeña en el (ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua, y ha realizado los siguientes aportes los que serán ingresados en esta planilla, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, traducidos en:

Pudiendo ser: Postulación concursos de innovación, adjudicación de fondos concursables, protocolizar nuevos servicios, mejoramiento de procesos.

N° CORR.	Nombre de actividad (proyecto, postulación, concurso, adjudicación de fondos, protocolizar nuevos servicios, mejoramiento de procesos)	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 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 **participación en el diseño y/o ejecución de programas específicos, instalación de un nuevo programa en la cartera de prestaciones del establecimiento y/o por haber realizado algún proyecto de innovación o mejoramiento en el marco de las buenas prácticas en el Servicio de Salud Aconcagua**, del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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° 10

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
HOSPITAL XXXXX

### CERTIFICADO PARTICIPACION EN TRABAJOS CIENTIFICOS

Yo, \_\_\_\_\_, postulante al concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, adjunto envío a ustedes copias autenticadas por los ministros de fe del establecimiento, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, que tiene relación con los siguientes actividades:

N° CORR.	Nombre de actividad (copia de publicación en revistas científicas o colegios profesionales o ponencia en congresos, etc.	Fecha realización actividad

Saludos

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL O LA POSTULANTE

\_\_\_\_\_  
ESTABLECIMIENTO POSTULANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE QUIEN ENVIA DOCUMENTOS

## ANEXO N° 11

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
HOSPITAL XXXXX

### CERTIFICADO DOCENCIA NO REMUNERADA EN CALIDAD DE TUTOR O GUIA, CON ALUMNOS DE PREGRADO EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Quien suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_; Rut: \_\_\_\_\_ se desempeña en el **(ESTABLECIMIENTO)**, dependiente del Servicio de Salud Aconcagua, y ha participado en docencia no remunerada en calidad de tutor o guía, con alumnos de pregrado, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, que se indican en este Servicio de Salud Aconcagua:

N° CORR.	Tutor o guía de N° de alumnos de las carreras de:	N° de horas cronológicas	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 **Docencia no remunerada en calidad de Tutor o Guía, con alumnos de pregrado en establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE ENCARGADO RELACION ASISTENCIAL DOCENTE

\_\_\_\_\_  
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° 12

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 01.07.2015 al 31.05.2021, traducidos en:

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 y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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° 13

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
HOSPITAL XXXXX

### CERTIFICADO DE ANOTACIONES DE DEMÉRITO 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 demérito, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, en su hoja de vida:

<input type="checkbox"/>	<b>NO registra anotaciones de demérito en el período 01.07.2015 al 31.05.2021</b>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<b>SI registra anotaciones de demérito en el período 01.07.2015 al 31.05.2021</b>
--------------------------	---

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las anotaciones de demérito 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 demérito en el Servicio de Salud Aconcagua**, del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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° 14

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
HOSPITAL XXXXX

### CERTIFICADO ACTUACIÓN COMO FISCAL O ACTUARIO EN PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS EN EL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Quien suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_; Rut: \_\_\_\_\_ se desempeña en el **(ESTABLECIMIENTO)**, dependiente del Servicio de Salud Aconcagua, y ha actuado como fiscal o actuario, en el período 01.07.2015 al 31.05.2021, según se señala:

	<b>SI ha actuado como Fiscal o Actuario en el período 01.07.2015 al 31.05.2021</b>
--	--

	<b>NO ha actuado como Fiscal o Actuario en el período 01.07.2015 al 31.05.2021</b>
--	--

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las resoluciones exentas que han nombrado al funcionario o funcionaria como fiscal o actuario en un procedimiento disciplinario, 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 **actuación como fiscal o actuario en procedimientos disciplinarios en el Servicio de Salud Aconcagua**, del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2021.

\_\_\_\_\_  
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° 15

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 autenticadas 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

Saludos

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL O LA POSTULANTE

\_\_\_\_\_  
ESTABLECIMIENTO POSTULANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE QUIEN ENVIA DOCUMENTOS