****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 1**

**SOLICTUD DE POSTULACIÓN CONCURSO DE PROMOCIÓN DE LA PLANTA DE SERVICIO DE SALUD MAULE**

1. **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:**  |
| **RUN:** |
| **UNIDAD:**  | **GRADO:**  |
| **TELEFONO MOVIL:** |
| **CORREO ELECTRONICO:** |

1. **CARGO QUE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **PLANTA ACTUAL**  |  |
| **GRADO ACTUAL** |  |
| **ESTABLECIMIENTO**  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

***“Con este documento acepto las bases de este concurso y declaro la fidelidad de los antecedentes presentados”***

**FECHA DE POSTULACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 2**

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES**

D………………………………………………………. Jefe Unidad de Personal de **(Establecimiento),** certifica que D. **(Nombre de funcionario), (Run de funcionario),** esta afecto \_\_\_\_\_\_\_ No esta afecto \_\_\_\_\_\_\_ (marcar con una cruz según corresponda), a las inhabilidades administrativas señaladas en el artículo 55°del D.F.L N° 29 de 2004, del Ministerio de Hacienda que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, que establece que el postulante:

1. No hubieren sido calificados en lista N° 1 de distinción o N° 2 buena, en el periodo inmediatamente anterior.
2. No hubiesen sido calificados durante dos periodos consecutivos, exceptuándose lo dispuesto en la Ley N° 19.296, respecto de los funcionarios que sean directores de alguna Asociación de Funcionarios.
3. Hubieren sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez en los doce meses anteriores de producida la vacante.
4. Hubieren sido sancionados con la medida disciplinaria de multa en los doce meses anteriores de producida la vacante.

**Las inhabilidades para ser promovido, consideradas en la letra c) y d), rigen desde la fecha de la notificación.**

Para constancia

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(NOMBRE)**

**JEFE UNIDAD DE PERSONAL DE ESTABLECIMIENTO**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 3**

**FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:**  |
| **UNIDAD:**  | **GRADO:**  |
| **ESTABLECIMIENTO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPLETAR POR EL POSTULANTE** | **USO DE COMISIÓN** |
| **N°** | **CARGO/FUNCIÓN**  | **RESOLUCIÓN**  | **DESDE**  | **HASTA** |  **TIEMPO** | **PUNTAJE** |
| **AA** | **MM** | **DD** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TOTAL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS**

***“Se consideran todas las actividades asociadas al rubro, además los registros en este formulario, deben coincidir con los documentos entregados”***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 4**

**PARTICIPACION COMITÉ Y COMISIÓN**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:**  |
| **UNIDAD:**  | **GRADO:**  |
| **ESTABLECIMIENTO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPLETAR POR EL POSTULANTE** | **USO DE** **COMISIÓN**  |
| **N°** | **TIPO DE****DOCUMENTO** | **FECHA** | **DISCRIPCION COMITÉ** **O COMISIÓN** | **ENTIDAD QUE** **LO CERTIFICA** | **PUNTAJE** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |

**TOTAL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS**

***“Se consideran todas las actividades asociadas al rubro, además los registros en este formulario, deben coincidir con los documentos entregados”***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 5**

**INVESTIGADOR, DOCENTE, EXPOSITOR, TUTOR SIAD, COORDINADOR, DIRECTOR/ACTIVIDAD COMUNITARIA.**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:**  |
| **UNIDAD:**  | **GRADO:**  |
| **ESTABLECIMIENTO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPLETAR POR EL POSTULANTE** | **USO DE** **COMISIÓN** |
| **N°** | **TIPO DE** **DOCUMENTO** | **FECHA** |  **ACTIVIDAD** | **ENTIDAD QUE** **LO CERTIFICA** | **PUNTAJE** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |

**TOTAL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS**

***“Se consideran todas las actividades asociadas al rubro, además los registros en este formulario, deben coincidir con los documentos entregados”***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 6**

**ACTIVIDADES DE POST GRADO O PERFECCIONAMIENTO**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:**  |
| **UNIDAD:**  | **GRADO:**  |
| **ESTABLECIMIENTO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPLETAR POR EL POSTULANTE** | **USO DE** **COMISIÓN** |
| **N°** | **TIPO DE** **DOCUMENTO** | **FECHA** | **NOMBRE DE** **ACTIVIDAD** | **ENTIDAD QUE** **LO CERTIFICA** | **PUNTAJE** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |

**TOTAL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS**

***“Se consideran todas las actividades asociadas al rubro, además los registros en este formulario, deben coincidir con los documentos entregados”***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 7**

**FORMULARIO DE APELACIÓN CONCURSO DE PROMOCIÓN**

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTE:** |
| **NOMBRE COMPLETO**  |  |
| **RUN** |  |
| **DOMICILIO** |  |
| **TELEFONO FIJO** |  | **MOVIL** |  |
| **CORREO ELECTRONICO**  |  |
| **ESTABLECIMIENTO**  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO**  |  | **PUNTAJE ASIGNADO**  |  | **PUNTAJE ESPERADO**  |  |
| **ARGUMENTACIÓN:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 8**

**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD LABORAL
CONTRATA - TITULAR**

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTE:** |
| **NOMBRE COMPLETO**  |  |
| **RUN** |  |

|  |
| --- |
| **COMPLETAR POR EL POSTULANTE:** |
| **ESTABLECIMIENTO** | **CALIDAD JURÍDICA** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINO** | **TOTAL AÑOS** | **TOTAL MESES** | **TOTAL DÍAS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **SUBTOTAL TOTAL** |  |  |  |
| **TOTAL** (LOS MESES SE DEBEN EXPRESAR EN AÑOS, LOS DÍAS SE DEBEN EXPRESAR EN MESES) |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**

****

Subdirección de gestión de las Personas

Departamento de Administración de Personal

Unidad de Personal

**ANEXO N° 9**

**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD LABORAL
HONORARIOS**

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTE:** |
| **NOMBRE COMPLETO**  |  |
| **RUN** |  |

|  |
| --- |
| **COMPLETAR POR EL POSTULANTE:** |
| **ESTABLECIMIENTO** | **CALIDAD JURÍDICA** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINO** | **TOTAL AÑOS** | **TOTAL MESES** | **TOTAL DÍAS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |
| **TOTAL** (LOS MESES SE DEBEN EXPRESAR EN AÑOS, LOS DÍAS SE DEBEN EXPRESAR EN MESES) |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE POSTULANTE**