**FORMULARIO DE POSTULACION**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº 29/2015 DE SALUD – LEY Nº 19.664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **RUT** | **LEY AFECTO** | **HORAS CONTRATADAS** | **ETAPA/NIVEL** |
|  |  |  |  |
| **UNIDAD DE DESEMPEÑO** | **CORREO ELECTRONICO** | **TELEFONO** |
|  |  |  |
| **TITULO PROFESIONAL** |  |
| **UNIVERSIDAD/INSTITUCION** |  |
| **FECHA DE TITULO** |  | **Nº REGISTRO SUPERSALUD** |  |
| **ESPECIALIDAD** |  |
| **UNIVERSIDAD/INTITUCION** |  | **FECHA ESPECIALIDAD** |  |
| **TITULO ESPECIALISTA**  |  |
| **UNIVERSIDAD/INTITUCION** |  |
| **FECHA SUBESPECIALIDAD** |  |
| **ASIGNACION A LA QUE POSTULA** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en la penas establecidas en el Artículo 193º del Código Penal |

|  |  |
| --- | --- |
| TIMBRE DE DEPTO. GESTIÓN DE LAS PERSONAS Y FECHA DE RECEPCION | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

**FORMULARIO DE DESISTIMIENTO**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº 29/2015 DE SALUD – LEY Nº 19.664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **RUT** | **LEY AFECTO** | **HORAS CONTRATADAS** | **ETAPA/NIVEL** |
|  |  |  |  |
| **UNIDAD DE DESEMPEÑO** | **CORREO ELECTRONICO** | **TELEFONO** |
|  |  |  |
| **ASIGNACION A LA QUE POSTULA** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Por este intermedio vengo a desistir de la postulación a la (s) Asignación de Responsabilidad señaladas anteriormente |

FECHA DEL DESISTIMIENTO NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

**REGISTRO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº 29/2015 DE SALUD – LEY Nº 19.664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **ASIGNACION A LA QUE POSTULA** |  |

|  |
| --- |
| **LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS** |
| **NUMERO** | **FACTOR A EVALUAR** | **DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR** | **CANTIDAD DOCUMENTOS PRESENTADOS** |
| 7.1. | AÑOS TRABAJADOS EN POSESION DEL TITULO | CERTIFICADO DE TITULO, REGISTRO EN LA SUPERINTENDENCIA, RELACION SERVICIO U OTRO MEDIO. |  |
| 7.2. | AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD | CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD, REGISTRO EN LA SUPERINTENDENCIA, RELACION SERVICIO U OTRO MEDIO. |  |
| 7.3. | DESEMPEÑO DE CARGOS CLINICOS | RELACION DE SERVICIO |  |
| 7.4. | DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURAS | REPORTE SIRH/RESOLUCIONES DE ENCOMENDACION DE FUNCIONES |  |
| 7.5 | DESEMPEÑO DOCENTES | CERTIFICACION CORRESPONDIENTE |  |
| 7.6.A. | POSTERGADOS Y POSTITULOS EN GESTION Y ADMINISTRACION | CERTIFICADO DE TITULO |  |
| 7.6.B. | OTROS POSTERGADOS Y POSTITULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR | CERTIFICADO DE TITULO |  |
| 7.6.C. | ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO | DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIUM Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIO |  |
| 7.7.A. | TRABAJOS CIENTIFICOS | COPIA DE TITULO DE LA PUBLICACION QUE INCLUYA TITULO Y PARTICIPACION COMO AUTOR O COAUTOR |  |
| 7.7.B. | OTRAS PUBLICACIONES |  |
| 7.8. | PERTENENCIA A INTITUCIONES NO UNIVERSITARIAS | CERTIFICADO DE CADA INSTITUCION |  |
| **TOTAL DE DOCUMENTOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TIMBRE DE DEPTO. GESTIÓN DE LAS PERSONAS Y FECHA DE RECEPCION | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

**DOCUMENTO DE APELACION**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº 29/2015 DE SALUD – LEY Nº 19.664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **ASIGNACION A LA QUE APELA** |  |

Señores Comisión de Apelación, por este intermedio vengo a apelar al puntaje obtenido, según el siguiente fundamento:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 FECHA DE APELACION NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

**DOCUMENTO DE ACEPTACION**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº 29/2015 DE SALUD – LEY Nº 19.664**

Sr (a)

NOLASCO PEREZ PEREZ

Director del Hospital

Presente

De mi consideración:

Yo, ………………………………………………………………………….., RUT,………………………………….

por este intermedio vengo a informar a usted que he decidido aceptar la Asignación y el ejercicio de las funciones de

Jefe de ………………………………………………………… del Hospital de Linares.

Atentamente,

 FECHA DE LA ACEPTACION NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO/A