|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **ANEXO Nº 1** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **CONCURSO INTERNO DE PROMOCION**  |
| **PLANTA DE DIRECTIVOS DE CARRERA Y PROFESIONALES** |
|  |  |  |  |  |  |
| **SOLICITUD DE POSTULACION**  |
|  |
| **IDENTIFICACION PERSONAL:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |
| APELLIDO PATERNO - MATERNO - NOMBRES | RUT |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |
| ESTABLECIMIENTO | GRADO |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |
| TITULO PROFESIONAL | FECHA TITULACION |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |
| CALLE | NUMERO |
|  |  |  |  |  |  |
|   |
| VILLA / POBLACION / DEPTO. |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |
| CIUDAD |  | COMUNA |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |
| CORREO ELECTRONICO | TELEFONO CELULAR | TELEFONO LABORAL |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |   |   |
| Día / Mes / Año  |  |  | FIRMA DEL POSTULANTE |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO Nº 2** |

**CONCURSO INTERNO DE PROMOCION** |
| **PLANTA DE DIRECTIVOS DE CARRERA Y PROFESIONALES** |
| **FORMULARIO DE DOCUMENTACION PROPORCIONADA** |
|   |   |   |   |
| **NOMBRE**  |   |
|   |   |   |   |
| **ANTECEDENTES GENERALES** | **IDENTIFICACION DE DOCUMENTO** | **Nº DE HOJAS** | **REVISADO RR.HH. ESTABLECIMIENTO** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **A.- FACTOR CAPACITACION** | **IDENTIFICACION DE DOCUMENTO** | **Nº DE HOJAS** | **REVISADO RR.HH. ESTABLECIMIENTO** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **B.- FACTOR EVALUACION DEL DESEMPEÑO** | **IDENTIFICACION DE DOCUMENTO** | **Nº DE HOJAS** | **REVISADO RR.HH. ESTABLECIMIENTO** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **C.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA** | **IDENTIFICACION DE DOCUMENTO** | **Nº DE HOJAS** | **REVISADO RR.HH. ESTABLECIMIENTO** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **D.-FACTOR APTITUD PARA EL CARGO** | **IDENTIFICACION DE DOCUMENTO** | **Nº DE HOJAS** | **REVISADO RR.HH. ESTABLECIMIENTO** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **FIRMA PROFESIONAL POSTULANTE** |  | **FIRMA Y TIMBRE ESTABLECIMIENTO** |

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 3** |

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

El Jefe del Departamento o Sección de Gestión de las Personas del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se desempeñó como Profesional contratado bajo la modalidad de honorarios suma alzada, durante los periodos que se indican:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud** | **Establecimiento** | **Desde** **dd-mm-aa** | **Hasta****dd-mm-aa** | **Horas semanales** |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |

Se otorga el presente certificado a petición del interesado (a) para acreditar Antigüedad en el punto 4 del Factor de experiencia calificada en el Concurso Interno de Promoción de la Planta de Directivos de Carrera y Profesionales del Servicio de Salud Ñuble.

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

 Firma y Timbre

 Gestión de las Personas

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 4** |

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

El Jefe del Departamento o Sección de Gestión de las Personas del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el último proceso calificatorio ejecutoriado, correspondiente al periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha obtenido la siguiente calificación:\_\_\_\_\_\_ puntos, Lista \_\_\_\_\_\_.

Se otorga el presente certificado a petición del interesado (a) para acreditar el Factor Evaluación del Desempeño en el Concurso Interno de Promoción de la Planta de Directivos de Carrera y Profesionales del Servicio de Salud Ñuble.

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

 Firma y Timbre

 Gestión de las Personas

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 5**

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

El Jefe del Departamento o Jefe de Recursos Humanos, de Salud Municipal de la Ilustre Municipalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se desempeñó en nuestra Institución conforme a lo señalado en la siguiente relación de servicios:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento** | **Profesión y/o Categoría** | **Desde****dd-mm-aa** | **Hasta****dd-mm-aa** | **Calidad Contractual (Código del Trabajo - Ley 19.378)** | **Horas semanales** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

Se otorga el presente certificado a petición del interesado (a) para ser presentado en el Concurso Interno de Promoción Planta de Directivos de Carrera y Profesionales del Servicio de Salud Ñuble.

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

 Nombre, firma y timbre

 Jefe Depto. Salud Municipal o Jefe RRHH

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 6**

**CERTIFICADO ACREDITACIÓN RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL**

El Jefe del Departamento o Sección de Gestión de las Personas del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que, de acuerdo a los términos descritos en el Numeral VI del punto Nº 2 letra j) de las Bases Generales del Concurso de Promoción de la Planta de Directivos de Carrera y Profesionales, D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempeña, participa y/o colabora en lo siguiente:

**I.-Desempeño de labores asistenciales y/o administrativas.**

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

 Cargo y/o Profesión: Unidad / Servicio de desempeño:

**II.-Participación en Comités y Comisiones.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Comité o Comisión realizado** | **Nº****Resolución** | **Desde****dd-mm-aa** | **Hasta****dd-mm-aa** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**III.-Desempeño de Funciones de Responsabilidad.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del cargo de la función de Responsabilidad realizada** | **Nº****Resolución** | **Desde****dd-mm-aa** | **Hasta****dd-mm-aa** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**IV.-Colaboración Docente.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo y lugar de la colaboración Docente realizada** | **Documento** | **Desde****dd-mm-aa** | **Hasta****dd-mm-aa** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

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

 Firma y Timbre

 Gestión de las Personas

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 7**

**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN**

**PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES Y/O AGRUPACIONES CULTURALES, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS.**

El Representante legal, Director/a o Presidente/a del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que, de acuerdo a los términos descritos en el Numeral VI del punto Nº 2 letra k) de las Bases Generales del Concurso de Promoción de la Planta de Directivos de Carrera y Profesionales, D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha participado en las siguientes actividades del ámbito cultural, recreativo y deportivo desarrolladas en Organizaciones y Agrupaciones, que se encuentran funcionando en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dependientes del Servicio de Salud Ñuble:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Organización /Agrupación** | **Actividad Desarrollada** | **Desde**  | **Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Firma y Timbre

Representante, Director/a o Presidente/a de Agrupación

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_