**ANEXO N°1**

**FORMULARIO DE CURRÍCULUM CIEGO POSTULACIÓN.**

**PROGRAMA ESPECIAL DE PERFECCIONAMIENTO DIRIGIDOS A FUNCIONARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ESTABLECIMIENTOS EXPERIMENTALES**

# IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

#### RUT

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

#### FECHA DE NACIMIENTO

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

Día Mes Año

#### TELÉFONO

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

Código N° Teléfono

#### CELULAR

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

#### MAIL

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

#### PROFESIÓN:

Marque con una X la alternativa que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Profesional |
|  | Técnico, Administrativo y Auxiliar |
| Otro (señale): |

# ANTECEDENTES LABORALES DEL POSTULANTE.

#### SERVICIO DE SALUD

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

####  ESTABLECIMIENTO

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

#### COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO

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

#### CARGO (Especifique)

|  |
| --- |
|  |

#### TIPO DE FUNCIÓN QUE REALIZA.

#### (Marque con una X la alternativa que corresponda)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Atención directa |
|  | Gestión  |
| Otra función (señale):  |

#### ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO/UNIDAD DONDE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nº Años**  | **Nº Meses**  | **Nº Días** |
|  |  |  |

(Indicar el **total** de años, meses y días que se ha desempeñado al 31 de agosto del 2019)

#### ANTIGÜEDAD EN LA PLANTA A LA QUE PERTENECE ACTUALMENTE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº Años** | **Nº Meses** | **Nº Días** |
|  |  |  |

(Indicar el **total** de años, meses y días en la Planta de los Establecimientos dependientes del Servicio de Salud al 31 de agosto del 2019)

#### NOTA ÚLTIMA CALIFICACIÓN (2018)

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

#### PARTICIPACIÓN EN LA COMISIÓN LOCAL DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE SALUD Y/O COMITÉ ASESOR DEL PROGRAMA QUE FUNCIONA EN EL MINSAL. (Marcar con una “X” según corresponda)

|  |  |
| --- | --- |
| Participo |  |
| NO participo |  |

# PROPUESTA DE MEJORA

|  |
| --- |
| 1. **Nombre de la propuesta de mejoramiento**
 |
|  |
| 1. **Describa brevemente el problema o situación que busca resolver a través de su propuesta de mejoramiento.**
 |
|  |

# PARTICIPACIÓN DEL POSTULANTE EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LA PROFESIÓN, DE LA GESTIÓN Y ORGANIZACIONALES: Marque con una X las instancias en las cuales se encuentra participando actualmente o ha participado en los últimos tres años tanto en el Servicio de Salud como en establecimientos.

# Internas: Administrativas y Gestión

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consejo administrativo de bienestar |
|  | Comité de ética |
|  | Comité de mejoramiento del entorno laboral (MEL) |
|  | Comité paritario de higiene y seguridad |
|  | Comité Bipartito de Capacitación |
|  | Comité de emergencias y catástrofes |
|  | Comité de navidad |
|  | Juntas Calificadoras |
|  | Culturales, Deportivas y Escolares |
|  | Otras (Especificar):  |

# Internas: Técnico Asistenciales

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consejos técnicos administrativos |
|  | Consejo técnico ampliado |
|  | Comité de Infecciones Intrahospitalaria y/o Encargados de unidad o servicio |
|  | Comité de farmacia |
|  | Comité de abastecimiento |
|  | Equipos de atención espiritual |
|  | Equipos de cuidados paliativos y alivio del dolor |
|  | Equipos de normalización de establecimientos |
|  | Equipos de patrimonio cultural y otros de similar naturaleza. |
|  | Capacitación interna o capacitación en servicio (docencia) |
|  | Otras (Especificar): |

1. **Externas: Comunitarias y Sociales**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Comité consultivo de salud |
|  | Hospital amigo |
|  | Consejo de desarrollo hospitalario |
|  | Consejo de Presupuesto participativo |
|  | Actividades de voluntariado |

**NOTA: DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN ESTA FICHA ES FIDEDIGNA Y ESTOY EN CONDICIONES DE APORTAR LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO EN EL MOMENTO EN QUE ME SEAN REQUERIDOS POR LA COMISIÓN LOCAL DE EVALUACIÓN.**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma Postulante** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Jefe Supervisor** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma Jefe Directo** |

**ANEXO N° 2**

**CARTA DE PATROCINIO**

**PROCESO 2019**

**Carta N° C /** \_\_\_\_\_\_\_\_ /

**ANT.:** Resolución Exenta Nº xx, del xx.xx.2019, que aprueba Bases “Proceso de Postulación para Acceder a cupo del Programa de Pasantía Internacional para conocer modelos de levantamiento de competencias en sistemas de salud pública, dirigidos a funcionarios contratados bajo la Ley Nº 18.834”.

MAT.: Otorga carta de patrocinio para participar Pasantía Internacional para conocer modelos de levantamiento de competencias en sistemas de salud pública, dirigidos a funcionarios/as contratados/as bajo la Ley Nº 18.834 a: **(Nombre del Funcionario que Postula)**

**Fecha,**

**Sr (a).**

**(NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA)**

Presente

De mi consideración:

En virtud de lo señalado en las Bases “Proceso de Postulación para Acceder a cupo del Programa de Pasantía Internacional para conocer modelos de levantamiento de competencias en sistemas de salud pública, dirigidos a funcionarios contratados bajo la Ley Nº 18.834”, del Servicio de Salud Aysén, en su calidad de funcionario perteneciente a la Planta Profesionales, de este establecimiento, otorgo el presente patrocinio para que participe en el proceso indicado, año 2019, con el **compromiso formal e irrevocable de mantenerle su cargo y remuneración**, así como asegurar el normal funcionamiento del servicio durante todo el período que dure el perfeccionamiento. Esto implica cumplir con su obligación de retorno en las fechas convenidas y realizar la réplica posterior y aplicación de lo aprendido en su puesto de trabajo.

 **DIRECTOR ESTABLECIMENTO**

Distribución:

* Sr (a) (Nombre del Funcionario que Postula)
* Dirección Establecimiento
* Archivo