

SERVICIO DE SALUD AYSEN

HOSPITAL DE PUERTO AYSEN

SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO

DE LAS PERSONAS

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
| RUT | LEY AFECTO/A | HORAS CONTRATADAS | ETAPA / NIVEL |
|  |  |  |  |
| UNIDAD DE DESEMPEÑO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO |
|  |  |  |
| DOMICILIO |
|  |  |  |
| TITULO PROFESIONAL |  |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN |  |
| FECHA DEL TÍTULO |  | N° REGISTRO SUPERSALUD |  |
| ESPECIALIDAD |  |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN |  | FECHA ESPECIALIDAD |  |
| TITULO SUBESPECIALISTA |  |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN |  |
| FECHA SUBESPECIALIDAD |  |
| **ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA** |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| TIMBRE DE RECURSOS HUMANOS Y FECHA DE RECEPCIÓN | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

 

SERVICIO DE SALUD AYSEN

HOSPITAL DE PUERTO AYSEN

SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO

DE LAS PERSONAS

**FORMULARIO DE DESISTIMIENTO**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
| RUT | LEY AFECTO | HORAS CONTRATADAS | ETAPA / NIVEL |
|  |  |  |  |
| UNIDAD DE DESEMPEÑO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO |
|  |  |  |
| **ASIGNACIÓN A LA QUE DESISTE** |

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

|  |
| --- |
| 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 |



SERVICIO DE SALUD AYSEN

HOSPITAL DE PUERTO AYSEN

SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO

DE LAS PERSONAS

**REGISTRO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
| ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA |  |

|  |
| --- |
| **LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS** |
| **NÚMERO** | **FACTOR A EVALUAR** | **DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR** | **CANTIDAD DOCUMENTOS PRESENTADOS** |
| 7.1. | AÑOS TRABAJADOS EN POSESIÓN DEL TÍTULO | CERTIFICADO DE TÍTULO |  |
| 7.2. | AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD | CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD |  |
| 7.3. | DESEMPEÑO DE CARGOS CLÍNICOS | RELACIÓN DE SERVICIO |  |
| 7.4. | DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURA | RESOLUCIONES DE ENCOMENDACIÓN DE FUNCIONES |  |
| 7.5. | DESEMPEÑO DOCENTE | CERTIFICACIÓN DEL SUBDIRECTOR MÉDICO |  |
| 7.6.a. | POSTGRADOS Y POSTÍTULOS EN GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN  | CERTIFICADO DE POSTGRADOS Y POSTÍTULOS |  |
| 7.6.b. | OTROS POSTGRADOS Y POSTÍTULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR  | CERTIFICADO DE POSTGRADOS Y POSTÍTULOS |  |
| 7.6.c. | ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO  | DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIOS Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIÓ |  |
| 7.7.a. | TRABAJOS CIENTÍFICOS | COPIA DE TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN QUE INCLUYA TÍTULO Y PARTICIPACIÓN COMO AUTOR O COAUTOR |  |
| 7.7.b. | OTRAS PUBLICACIONES |  |
| 7.8 | PERTENENCIA A INSTITUCIONES NO UNIVERSITARIAS | CERTIFICADO DE CADA INSTITUCIÓN |  |
| 7.9 | IDONEIDAD Y COMPETENCIA | HOJA DE VIDA FUNCIONARIA |  |
| CERTIFICADO DE RELACIÓN DE SERVICIO |  |
| RESOLUCIONES DE ENCOMENDACIÓN DE FUNCIONES (MISMAS DE 7.4) |  |
| **TOTAL DE DOCUMENTOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TIMBRE DE RECURSOS HUMANOS Y FECHA DE RECEPCIÓN | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |



SERVICIO DE SALUD AYSEN

HOSPITAL DE PUERTO AYSEN

SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO

DE LAS PERSONAS

**DOCUMENTO DE APELACIÓN**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
| ASIGNACIÓN A LA QUE APELA |  |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE LA APELACIÓN |  | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |



SERVICIO DE SALUD AYSEN

HOSPITAL DE PUERTO AYSEN

SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO

DE LAS PERSONAS

**DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

Doctor (a)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Director del Hospital XXXXXXXXXXXXXX

Presente

De mi consideración:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por este intermedio vengo a informar a usted que he decidico acepar la Asignación y el ejercicio de las funciones de jefe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Hospital de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE LA ACEPTACIÓN |  | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |