

ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

**ANEXOS DE POSTULACIÓN:**

**ANEXO Nº 01**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**1. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Cedula Identidad |  |
| Nombres | **Apellidos** |
|  |  |
| Correo Electrónico Autorizado para el presente Proceso | |
|  | |
| Teléfono Móvil | **¿Ha participado en otro proceso del Reclutamiento del Servicio Salud Aysén?** |
|  | SI\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ciudad de Residencia | **Domicilio** |
|  |  |

**2. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Título | | Centro formador |
|  | |  |
| Fecha de Titulación | Duración de la carrera (indicar número semestres) | |
|  |  | |

**3. IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **SSA-LABDENT-01** |  |
| **SSA-TENSDENT- 01** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SEÑALE SI PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD QUE LE PRODUZCA IMPEDIMENTO O DIFICULTAD EN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE SELECCIÓN QUE SE LE ADMINISTRARÁN.** | |
| |  | | --- | |  |   **SI** | |  | | --- | |  |   **NO** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |

**ANEXO Nº 02**

ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN SSA.

**RESUMEN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS**

Toda documentación ingresada en la carpeta de postulación, debe ser detallada en este formulario detallando el número de hojas de cada documento.

**Los documentos deben ser presentados ordenados de acuerdo al punto IV de las bases, debidamente numerados y en una carpeta o sobre cerrado**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE DE DOCUMENTO**  **(Incluido en su carpeta de postulación)** | **N° Hojas** | **(\*NO marcar. Revisión del Comité)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |



**ANEXO Nº 03**

ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN SSA.

**CURRICULUM RESUMIDO**

(Sin perjuicio de completar el presente formulario, el postulante debe adjuntar certificación de respaldo).

**IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Cedula Identidad | : |
| Nombres | **Apellidos** |
|  |  |

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título** |  |
| **Centro formador** |  |
| **Fecha de titulación** |  |

**CAPACITACIÓN PERTINENTE**

(Capacitaciones, Cursos, Seminarios, Diplomados. Indicar solo aquellos con certificados)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre curso | Institución Formadora | Desde  (dd-mm-aa) | Hasta  (dd-mm-aa) | Horas Duración |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL HORAS DE CAPACITACIÓN | | | |  |

(\*) En caso de que los cursos de Capacitación hayan sido realizados en una institución pública, será válido certificado resumen de estas con firma y timbre de encargado del área Capacitación de la respectiva Institución.

**ÚLTIMO CARGO DESARROLLADO O EN DESARROLLO** (Sólo cuando corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas | | |
| 1.- | | |
| 2.- | | |
| 3.- | | |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo.

**TRAYECTORIA LABORAL**

Además del anterior, indique sus últimos tres puestos de trabajo, si corresponde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas | | |
| 1.- | | |
| 2.- | | |
| 3.- | | |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo. (Años, meses, días)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas | | |
| 1.- | | |
| 2.- | | |
| 3.- | | |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo. (Años, meses, días)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |



ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN SSA.

**ANEXO Nº 04**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

En Coyhaique a………. de…………… del 2019, yo,………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Cédula de Identidad N°…………………………………. Declaro BAJO **JURAMENTO** lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, de acuerdo al artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria, de acuerdo a la letra e) del artículo 12° del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo.
* No tener vigente ni suscrito, por sí ni por terceros, contratos o cauciones con el Servicio Salud Aysén, ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, según lo establece el párrafo uno de la letra a) del artículo 54° de la Ley N° 18.575;
* No tener litigios pendientes con el Servicio de Salud Aysén, según lo establece el párrafo dos de la letra a) del artículo 54° de la Ley N° 18.575, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los Directores, Administradores, Representantes o Socio Titular del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, ni tener litigios pendientes con el Servicio de Salud Aysén, según lo establece el párrafo tercero de la letra a) del artículo 54° de la Ley N° 18.575
* No tener la calidad de cónyuge, hijo, adoptados o ser pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, respecto de las autoridades y de los funcionarios Directivos del Servicio de Salud Aysén, hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente, inclusive, según se establece en la letra b) del artículo 54° de la Ley N° 18.575;

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |



**ANEXO Nº 05**

ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN SSA.

**CARTA DE APELACIÓN A PUNTAJE**

PROCESO DE RECLUTAMIENTO HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ, DEL SERVICIO SALUD AYSÉN 2019

|  |  |
| --- | --- |
| A: |  |
| DE: |  |
| CÓDIGO DE POSTULACIÓN: |  |

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger mi apelación al puntaje del Proceso de Reclutamiento y Selección, publicado el día ………………………., en el(los) siguiente(s) etapas:

ETAPA…………………………

Puntos Preliminar……………………. / Puntos Esperados…………………..

**Argumentación de Apelación:** “…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………”.

Con lo anterior espero subir de: ……... a: ………….. Puntos en este factor/subfactor

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |