







## ANEXO N° 2

### DECLARACION JURADA SIMPLE

*(Solo para postulantes que no sean Funcionarios del Servicio de Salud Magallanes)*

YO \_\_\_\_\_  
RUN N° \_\_\_\_\_ Declaro conocer y cumplir los requisitos de ingreso a la Administración del Estado, establecidos en el Art. N° 12 de la Ley 18.834/89. Para constancia firma la presente resolución.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

FECHA: \_\_\_\_\_

=====

### ARTICULO N° 12 LEY 18.834/89

ARTICULO N° 12: Para ingresar a la administración del Estado será necesario cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser Ciudadano (**adjuntar certificado de nacimiento o fotocopia de la cédula nacional de identidad**)
- b) Haber cumplido con la ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere precedente. (**Certificado de la Dirección General de movilización nacional, para acreditar el cumplimiento de la Ley de Reclutamiento**).
- c) Tener salud compatible para el cargo. (**En caso que el postulante quede seleccionado deberá acreditar salud compatible**).
- d) Haber aprobado la educación básica y poseer el nivel educacional o título profesional o técnico que por la naturaleza del empleo exija la ley. (**Título Original de Médico Cirujano o Fotocopia ante Notario y Título Original de Especialidad y de Subespecialidad o Fotocopia ante notario**).
- e) No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de 5 años desde la fecha de expiración de funciones y,
- f) No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado por delito que tenga asignada pena de simple crimen o simple delito.

**(En caso que el postulante quede seleccionado y acepte el cargo, deberá acreditar certificado de antecedentes).**





**ANEXO Nº 4**

**CERTIFICACION CALIFICACION**

NOMBRE : \_\_\_\_\_  
CARGO : \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_  
HOSPITAL : \_\_\_\_\_  
CALIFICACION AÑO \_\_\_\_\_ CALIFICACION AÑO \_\_\_\_\_  
LISTA : \_\_\_\_\_ LISTA: \_\_\_\_\_  
PUNTAJE: \_\_\_\_\_ PUNTAJE: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

REGISTRA \_\_\_\_\_ NO REGISTRA \_\_\_\_\_  
MEDIDA APLICADA : \_\_\_\_\_  
FECHA MEDIDA : \_\_\_\_\_  
CAUSAL : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR DEL HOSPITAL



**ANEXO N° 5**

**CERTIFICADO DESEMPEÑO EN ÁREAS CRÍTICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

PUNTA ARENAS,

El (La) Jefe (a) \_\_\_\_\_  
(Nombre y Apellidos)

Del \_\_\_\_\_  
(Nombre del establecimiento)

Quién suscribe, Certifica:

Que, **Don (ña)** \_\_\_\_\_, RUN N° \_\_\_\_\_,

de especialidad \_\_\_\_\_, es actual funcionario(a) del  
(Médico, dentista, químico, etc.)

establecimiento \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ hrs. semanales

posee experiencia en las siguientes áreas /unidades del establecimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en los periodos que a continuación se señalan:

- |                              |                    |                    |
|------------------------------|--------------------|--------------------|
| 1.- _____                    | a contar del _____ | hasta _____        |
| (Nombre del área y/o Unidad) | (Fecha de inicio)  | (Fecha de Término) |
| 2.- _____                    | a contar del _____ | hasta _____        |
| (Nombre del área y/o Unidad) | (Fecha de inicio)  | (Fecha de Término) |
| 3.- _____                    | a contar del _____ | hasta _____        |
| (Nombre del área y/o Unidad) | (Fecha de inicio)  | (Fecha de Término) |
| 4.- _____                    | a contar del _____ | hasta _____        |
| (Nombre del área y/o Unidad) | (Fecha de inicio)  | (Fecha de Término) |
| 5.- _____                    | a contar del _____ | hasta _____        |
| (Nombre del área y/o Unidad) | (Fecha de inicio)  | (Fecha de Término) |
| 6.- _____                    | a contar del _____ | hasta _____        |
| (Nombre del área y/o Unidad) | (Fecha de inicio)  | (Fecha de Término) |

Se otorga el presente certificado a petición del interesado, para ser presentado en el  
Concurso Cargos Clínicos del Servicio de Salud Magallanes, publicado el 03 de septiembre del 2018 en el  
Diario Oficial.

\_\_\_\_\_  
(Nombre y timbre de la jefatura)