

**FORMULARIO LLENADO POR LA SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS**

**ANEXO Nº 2**

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES**

**1.- ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** |
|  |  |
| **RUT** |
|  |

D……………………………………………………….……..…………………Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de Personas (*o quien haga sus veces, en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes)*, del establecimiento …………………………………………, certifica que el/la postulante individualizado/a anteriormente, **esta Afecto \_\_\_\_\_\_ No esta afecto \_\_\_\_\_*(****marcar con una cruz según corresponda),* a las inhabilidades administrativas señaladas en el artículo 55º delD.F.L Nº 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo, que establece que el postulante

:

1. No hubiesen sido calificados en lista Nº 1 de distinción o Nº 2 buena, en el periodo inmediatamente anterior.
2. No hubiesen sido calificados durante dos periodos consecutivos. Exceptuase lo dispuesto en la Ley N° 19.296, respecto de los funcionarios que sean directores de alguna Asociación de Funcionarios. Esta inhabilidad se extiende a todos aquellos funcionarios que no son calificados en virtud de lo dispuesto en los artículos 34 y 40 de la Ley Nº 18.834, y 25, inciso cuarto, de la Ley Nº 19.296 (***aplica dictamen Nº 28.982 del año 2005***).

***Dictamen 7.767/2010; establece que el rango de dicho periodo, deberá ser anteriores contando desde la fecha de la vacancia respectiva.***

1. Hubiesen sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez en los doce meses anteriores de producida la vacante,
2. Hubiesen sido sancionados con la medida disciplinaria de multa en los doce meses anteriores de producida la vacante.

***Las inhabilidades para ser promovido, consideradas en la letra c) y d), rigen desde la fecha de dictación del decreto o resolución que impone la sanción y se extienden por el período que al efecto establece la ley. Aplica Dictamen 42304/2009. Hasta un año contado desde la misma. Aplica Dictamen 35853/2002.***

Para constancia

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

Firma de la Jefatura

**Fecha ………………………….**

**NOTA: En caso de que el postulante estuviese afecto a una de las siguientes inhabilidades deberá ser señalada en observaciones.**

**OBSERVACIONES**

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