



**FORMULARIO LLENADO POR EL POSTULANTE**

**ANEXO Nº 1**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN CONCURSO DE PROMOCIÓN  
DE LA PLANTA DE SERVICIO SALUD MAGALLANES**

(Llenar con letra imprenta)

**1.- ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

<b>APELLIDOS</b>		
<b>RUT</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>TELEFONO PARTICULAR</b>
<b>TELEFONO MOVIL</b>	<b>DOMICILIO</b>	
<b>COMUNA</b>	<b>CORREO ELECTRONICO</b>	

**2.- CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

<b>PLANTA ACTUAL</b>	<b>Grado Actual (como Titular)</b>
<b>Establecimiento</b>	

\_\_\_\_\_

**Firma del Postulante**

FECHA DE POSTULACIÓN: \_\_\_\_\_



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

**ANEXO Nº 2  
CERTIFICADO DE INHABILIDADES**

**1.- ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
<b>RUT</b>	

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 del D.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 :

- a) No hubiesen sido calificados en lista Nº 1 de distinción o Nº 2 buena, en el periodo inmediatamente anterior.
- b) No hubiesen sido calificados durante dos periodos consecutivos. Exceptuase lo dispuesto en la Ley Nº 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.**
- c) Hubiesen sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez en los doce meses anteriores de producida la vacante,
- d) 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**




**FORMULARIO LLENADO POR LA UNIDAD DE  
CAPACITACIÓN**

**ANEXO Nº 3  
FACTOR 1 CAPACITACIÓN PERTINENTE**

- ✓ Este Anexo deberá ser llenado por la jefatura del Depto. de Capacitación o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes.
- ✓ En este Factor se considerarán la cantidad de horas pedagógicas de capacitación y perfeccionamiento, que el postulante haya efectuado durante los cuatro últimos años, con posterioridad a la fecha de obtención del título profesional, **entre el 01.04.2017 al 31.03.2021.**
- ✓ Cada actividad de capacitación y perfeccionamiento debe indicar, nombre de la capacitación, nombre de la entidad formadora, fecha inicio y fecha termino y cantidad de horas.
- ✓ No se evaluarán certificados que acrediten coordinación y/o docencia en actividades de capacitación en otras instituciones.
- ✓ Dicho Depto. deberá registrar en el anexo el resumen del número total de horas pedagógicas realizadas por el postulante. Además, deberá adjuntar un certificado que acredite las actividades realizadas por el concursante, emitido del Sistema de Informaciones de Recursos Humanos (SIRH).
- ✓ Las actividades de capacitación y perfeccionamiento desarrolladas fuera del periodo indicado no serán consideradas para la evaluación.

D. ...., Jefe/a Depto. de Capacitación de la Dirección de Servicio de Salud (o quien ejerza sus funciones, se debe identificar jefatura y establecimiento) certifica que D. \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, Registra durante el periodo **01.04.2017 al 31.03.2021** un total de \_\_\_\_\_ **horas PEDAGÓGICAS**, de capacitación. De acuerdo a los registros que posee este depto., y los antecedentes aportados por el postulante. Se adjunta además certificados correspondientes.

Para constancia

\_\_\_\_\_  
Firma de la Jefatura

Fecha.....



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

**ANEXO N° 4  
FACTOR N° 4 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**  
(Llenar con letra imprenta)

- ✓ Este Anexo deberá ser llenado por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas (*o quien ejerzas sus funciones en establecimientos dependientes*)
- ✓ Este factor se acreditará adjuntando al anexo un certificado emitido por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, (o quien ejerza sus funciones), extraído del SIRH, que acredita la última calificación afinada obtenida.
- ✓ El certificado debe ser firmado y timbrado por el Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de Personas (*o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes*)

**CERTIFICADO**

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:

D....., R.U.T.....  
Grado.....EUS presenta una evaluación de desempeño con una calificación ....., lista N°.....que es la última calificación afinada registrada .

\_\_\_\_\_  
Firma de la Jefatura

Fecha .....



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

**ANEXO Nº 5  
FACTOR 3 EXPERIENCIA CALIFICADA  
(Llenar con letra imprenta)**

Este Anexo deberá ser llenado por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas *(o quien ejerzas sus funciones en establecimientos dependientes)*.

Este factor se probará adjuntando al anexo un certificado que la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes del Servicio Salud Magallanes, debe extraer del SIRH (Sistema de Información de Recursos Humanos), que acredita la relación cronológica del tiempo en que el postulante se ha desempeñado laboralmente hasta el **31 de marzo de 2021**. El certificado debe ser firmado y timbrado por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, siendo responsabilidad del postulante verificar el cómputo de la antigüedad que se certifica.

En el caso de los Honorarios, deberán presentar un certificado de antigüedad solicitado a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes del Servicio Salud Magallanes, mediante igual señale las fechas de inicio y término y la planta en la que se desempeñó.

Para efectos de la contabilización de la antigüedad en otras instituciones de carácter público podrán adjuntar copias de certificados o cualquier otra documentación, validadas por el ministro de fe del establecimiento, los cuales deberán contener, fecha de inicio y término, institución de desempeño, planta de desempeño, firma del departamento de recursos humanos correspondiente.

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:

**D..... RUN.....grado ....., registra al ..... las siguientes antigüedades.**

**Sub-factor a) Antigüedad en la planta que se concursó en el Servicio de Salud Magallanes:**

Planta	Calidad Jurídica	Desde/ hasta	Total Tiempo computado
<b>Total de años de desempeño</b>			

**Sub-factor b) Antigüedad en el grado que ostenta en la planta titular profesional, en el Servicio Salud Magallanes, al momento de la postulación:**

Planta	Calidad Jurídica	Desde/ hasta	Total Tiempo computado
<b>Total de años de desempeño</b>			

**Sub-factor c) Antigüedad en la planta profesional, en el Servicio Salud Magallanes:**

Planta	Calidad Jurídica	Desde/ hasta	Total Tiempo computado
<b>Total de años de desempeño</b>			

**Sub-factor d) Antigüedad en la Administración del Estado y antecesores legales del Servicio de Salud Magallanes:**

<b>Planta</b>	<b>Calidad Jurídica</b>	<b>Desde/ hasta</b>	<b>Total Tiempo computado</b>
<b>Total de años de desempeño</b>			

---

Firma de la Jefatura

Fecha.....



**FORMULARIO LLENADO POR EL POSTULANTE**

**ANEXO Nº 6  
FACTOR 4 APTITUD PARA EL CARGO  
SUB-FACTOR a) PARTICIPACION EN COMITÉS, COMISIONES y/o EQUIPOS DE TRABAJO**

- ✓ La participación en comités, comisiones y/o equipos de trabajo será acreditada por el postulante, para lo cual deberá indicar el nombre de las comisiones, comités y/o equipos de trabajo en que ha participado entre el **01.04.2017 al 31.03.2021**. Además, deberá adjuntar listado de comités emitidos por el SIRH, certificados, resoluciones, decretos u otros, visados por la jefatura o encargado competente que acrediten su participación en dichas actividades. Los certificados y otros antecedentes deberán indicar el nombre de la comisión, comité y/o equipo de trabajo, así como la fecha de participación.
- ✓ **Sólo se considerará la participación del postulante en comités, comisiones o equipos de trabajo, cuando sea igual o superior a un año contado desde la fecha del acto administrativo de designación y se contabilizará por cada año de permanencia.**
- ✓ **Cuando la actividad sea igual o superior a seis meses se contabilizará a un año.**

**I.- IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

APELLIDOS	RUT

**II.- IDENTIFICACIÓN DE COMITÉS Y/O COMISIONES EN QUE A PARTICIPADO EL POSTULANTE**

Nombre de Comité, comisiones y/o equipos de trabajo en que ha participado el postulante	Fecha de Participación (indique fecha inicio y termino)

Fecha .....



**FORMULARIO LLENADO POR EL POSTULANTE**

**ANEXO N° 7  
FACTOR N° 4 APTITUD PARA EL CARGO  
SUB-FACTOR b) POR DESEMPEÑO DESTACADO**

- ✓ Este sub factor se acreditará con la relación cronológica de los desempeños realizados por el postulante **entre el 01.04.2017 al 31.03.2021.**
- ✓ **El postulante deberá adjuntar al anexo los** certificados, resoluciones, anotaciones de mérito, felicitaciones u otros, emitidos y visados por la jefatura competente, que acrediten los desempeños destacados y los periodos en que se desarrollaron.

**I.- IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

APELLIDOS	RUT

**II.- DESEMPEÑOS DESTACADOS REGISTRADOS POR EL POSTULANTE**

Nombre desempeño	Fecha

Punta Arenas, .....