**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**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 | | | | | | TELEFONO | | |
|  | |  | | | | | |  | | |
| TITULO PROFESIONAL |  | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | | | | | |
| FECHA DEL TITULO |  | | | N° REGISTRO SUPERSALUD | | |  | | | |
| ESPECIALIDAD |  | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | FECHA ESPECIALIDAD | | |  | |
| TITULO SUBESPECIALISTA |  | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | | | | | |
| 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 |

**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 | | | TELEFONO | |
|  |  | | |  | |
| **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 |

**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** | | | | |
| **NUMERO** | **FACTOR A EVALUAR** | **DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR** | | **CANTIDAD DOCUMENTOS PRESENTADOS** |
| 7.2.A. | AÑOS TRABAJADOS EN POSESION DEL TITULO | CERTIFICADO DE TITULO | |  |
| 7.2.B. | AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD | CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD | |  |
| 7.2.C. | DESEMPEÑO DE CARGOS CLINICOS | RELACION DE SERVICIO | |  |
| 7.2.D. | DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURA | RESOLUCIONES DE ENCOMENDACION DE FUNCIONES | |  |
| 7.2.E. | DESEMPEÑO DOCENTE | CERTIFICACION DEL SUBDIRECTOR MEDICO | |  |
| 7.2.F.1. | POSTGRADOS Y POSTITULOS EN GESTION Y ADMINSITRACION | CERTIFICADO DE TITULO | |  |
| 7.2.F.2. | OTROS POSTGRADOS Y POSTITULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR | CERTIFICADO DE TITULO | |  |
| 7.2.F.3. | ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO | DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIUM Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIÓ | |  |
| 7.2.G.1. | TRABAJOS CIENTIFICOS | COPIA DE TITULO DE LA PUBLICACION QUE INCLUYA TITULO Y PARTCIPACION COMO AUTOR O COAUTOR | |  |
| 7.2.G.2. | OTRAS PUBLICACIONES |  |
| 7.2.H | PERTENENCIA A INSTITUCIONES NO UNIVERSITARIAS | CERTIFICADO DE CADA INSTITUCIÓN | |  |
| **TOTAL DE DOCUMENTOS** | | |  | |

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

**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 |

**FECHA: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_**