

 MINISTERIO DE SALUD

 SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN

 HOSPITAL SAN JOSE DE CORONEL

FORMULARIO UNICO DE POSTULACION Y ANTECEDENTES

“BASES CONCURSO ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD

HOSPITAL DE CORONEL”

(Uso Postulante: Escriba con letra imprenta LEGIBLE )

IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

APELLIDO PATERNO: ……………………………….…………………………..…………………………………………….

APELLIDO MATERNO: ……………………………………….………………..………………………………………………

NOMBRES: ………………………………………………………………………………………………………………………….

RUN: …………………..……………………………………………..……………………………………………………………….

DOMICILIO: ………………………………………………………………………………………….…………………………….

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: …………………………………………………………@…………………….

TELÉFONOS DE CONTACTO: ……………………………………………………………..……………………………….

ANTECEDENTES LABORALES:

CARGO ACTUAL: ………..…………………………………………………………………….……………………………….

GRADO ACTUAL: ………..…………………………………..………………………………………………………………….

ESTABLECIMIENTO: ……………………………….………………………….……..……………………………………….

UNIDAD DE DESEMPEÑO: ………………………….……………………..……….……………………………………….

TITULO PROFESIONAL: …………………………………….………….…………………………………….……………….

TELÉFONO INSTITUCIONAL: ………………………..………….………………………………………………………….

ENTREGA DE ANTECEDENTES DE POSTULACION OFICINA DE PARTES

FIRMA :

FECHA DE ENTREGA:

CAPACITACIÓN PERTINENTE

 Debe ser completado por el postulante, presentando los documentos que acrediten lo indicado.

 I.- IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO QUE SUSCRIBE

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| PLANTA: ESTABLECIMIENTO: |
| UNIDAD DE TRABAJO: |

 II.- RELACIÓN DE CAPACITACIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro Formador | Descripción Actividad | Fecha de Inicio y Termino | Horas pedagógicas | (Uso Comisión) Puntaje |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

Total de Documentos Presentados

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO COMISIÓN |
| Total Puntaje Ponderado |
|  |

[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| FIRMA |
| JEFE, ENCARGADO DE CAPACITACIÓN |
| ESTABLECIMIENTO |

FACTOR EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre del Funcionario

|  |
| --- |
|  |
| Apellido Materno | Apellido Materno | Nombres |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Run :  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  Cargo: |  |  Grado: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Departamento Establecimiento  |

|  |
| --- |
|  USO EXCLUSIVO COMISIÓN |
| PERIODO CALIFICATORIO | CALIFICACIÓN  | PUNTAJE | PUNTAJE PONDERADO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 FIRMA

 JEFE O ENCARGADO DE PERSONAL

 ESTABLECIMIENTO

[[2]](#footnote-2)

FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA

DESEMPEÑO DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

####

####  (Se considerarán el desempeño en funciones de responsabilidad de gestión formalmente dispuestas)

#### Debe ser completado por el postulante, con letra legible, adjuntando todos los documentos que acrediten la información entregada.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO/FUNCIÓN | RESOLUCION/ FECHA | DESDEdd/mm/aa | HASTAdd/mm/aa | PUNTAJE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |

#### TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  USO EXCLUSIVO COMISIÓN |
|  |  |  | Total Puntaje Ponderado |
|  |  |  |  |

[[3]](#footnote-3)

 FIRMA FUNCIONARIO

#### FACTOR APTITUD PARA EL CARGO

SUB FACTOR DE COMPETENCIAS

#### Debe ser completado por el postulante, presentando los documentos que acrediten lo indicado

I.- IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO QUE SUSCRIBE

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| PLANTA: ESTABLECIMIENTO |
| UNIDAD DE TRABAJO:  |

a.- RELACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN COMISIONES Y COMITÉS:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Tipo Documento | Descripción Comité o Comisión | Entidad que lo Certifica | USO COMISIÓN (puntaje) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

TOTAL DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  USO EXCLUSIVO COMISIÓN |
|  |  |  | Total Puntaje Ponderado |
|  |  |  |  |

FIRMA FUNCIONARIO

b.- RELACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN DOCENCIA EN ACTIVIDADES DE CAPACITACION INTERNA Y/O EN REPRESENTACION DE LA INSTITUCION.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Tipo Documento | Descripción Docencia | Entidad que lo Certifica | USO COMISIÓN (puntaje) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

TOTAL DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  USO EXCLUSIVO COMISIÓN |
|  |  |  | Total Puntaje Ponderado |
|  |  |  |  |

FIRMA

 JEFE O ENCARGADO DE CAPACITACION

 ESTABLECIMIENTO

[[4]](#footnote-4)VARIABLE RESPONSABILIDAD:

a.- NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DEL PROFESIONAL:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Encomendacion de Funciones |   Servicio | N° funcionarios a su cargo | Validación Oficina de Personal  | USO COMISIÓN (puntaje) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

b.- CUMPLIMIENTO DE HORARIO DE TRABAJO ESTABLECIDO EN EL ULTIMO PERIODO CALIFICATORIO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo Calificatorio  | Tipo Documento | Numero Minutos de atrasos | Validación Oficina de Personal | USO COMISIÓN (puntaje) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

TOTAL DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  USO EXCLUSIVO COMISIÓN |
|  |  |  | Total Puntaje Ponderado |
|  |  |  |  |

FIRMA FUNCIONARIO

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nota: Se debe considerar la calificación obtenida por el funcionario en los último 3 años proceso calificatorio ejecutoriado, reporte SIRH [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)