**

**ANEXO Nº 1**

SERVICIO DE SALUD ARICA

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

**FORMULARIO POSTULACION CARGOS TITULARES CLINICOS Y DIRECTIVOS AFECTOS A LAS LEYES Nros 19.664 Y 15.076**

1. **IDENTIFICACION POSTULANTE**

|  |
| --- |
|  |

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUT:** | **Edad:** | **Nacionalidad:** |

|  |
| --- |
| Domicilio: |
| Contacto  Teléfono Particular Laboral email |

1. **Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Universidad |  | Sede |  | Fecha |

**Certificación de Especialidad/Subespecialidad:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Especialidad |  | Institución que la otorgó |  | Fecha |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Especialidad  (Sólo las Certificadas por Desempeño) |  | Años desempeño |  | Hospital |  | Autoridad que certifica |

1. **CARGOS ACTUALES SECTOR PUBLICO Y PRIVADO:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  |
| Institución |  | Especialidad | Titulo | |  | Horas |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| Institución |  | Especialidad | Titulo | |  | Horas |

1. ACREDITACION PLANTA SUPERIOR:

SI NO NIVEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **IDENTIFICACIÓN CARGO AL QUE POSTULA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTABLECIMIENTO** | **DENOMINACION CARGO** | **HORAS** |
|  |  |  |

**RECEPCION ANTECEDENTES**

(Uso Subdirección Recursos Humano)

Nombre Revisor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:

**FIRMA POSTULANTE**

**

**ANEXO Nº 2**

SERVICIO DE SALUD ARICA

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

**DECLARACION JURADA SIMPLE**

**(Solo para postulantes que no sean funcionarios del Servicio de Salud del Arica)**

Yo. RUN Nº Declaro conocer y cumplir los requisitos de ingreso a la Administración del Estado, establecidos en el Art. 11 de la Ley Nº 18.834/89.

Para constancia firma la presente declaración.

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

===========================================================================

**ARTICULO 11 LEY Nº 18.834**

ARTICULO 12.- Para ingresar a la Administración del Estado será necesario cumplir los siguientes requisitos:

a) Ser ciudadano;

1. Haber cumplido con la Ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere precedente
2. Tener salud compatible con el desempeño del cargo;
3. Haber aprobado la educación básica y poseer el nivel educacional o título profesional o técnico que” “por la naturaleza del empleo exija la Ley;
4. 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 cinco años desde la fecha de expiración de funciones, y

f) No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado o procesado por crimen o simple delito.

**

**ANEXO Nº 3**

SERVICIO DE SALUD ARICA

SUBDIRECCION RECURSOS HUMANOS

**LISTADO DE DOCUMENTOS**

Para identificación de todos los documentos incluidos en la postulación. Debe ser llenado a máquina o con letra legible y firmado en cada una de sus hojas por el interesado.

***Una copia queda en la postulación la otra se entrega revisada al postulante.***

| **Nº**  **ORDEN** | **Nº DOCUMENTO** | **FECHA DOCUMENTO** | **TIPO**  **DOCUMENTO** | **MATERIA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos y verídicos.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FIRMA POSTULANTE

**

**ANEXO Nº 4**

SERVICIO DE SALUD ARICA

SUBDIRECCION RECURSOS HUMANOS

**CERTIFICACION CALIFICACION**

DR (A) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CALIFICACION AÑO 20\_\_ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LISTA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PUNTAJE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **NOTAS DE MÉRITO**: **REGISTRA Nº NO REGISTRA**

(Sólo último periodo evaluado)

* **NOTAS DE DEMÉRITO**: **REGISTRA Nº NO REGISTRA**

(Sólo último periodo evaluado)

**CERTIFICACION MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

**(Últimos cinco años)**

**REGISTRA NO REGISTRA**

MEDIDA APLICADA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESOL. QUE APLICA MEDIDA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAUSAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

JEFE PERSONAL

**

SERVICIO DE SALUD ARICA

SUBDIRECCIONRECURSOS HUMANOS

**ANEXO N° 5**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN UNIDADES CRITICAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESOLUCION**  **N° /FECHA** | **SERVICIO CLINICO / UNIDAD** | **HORAS** | **CALIDAD JURIDICA** | **PERIODO**  **DESDE / HASTA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

PODRA SER REEMPLAZADA POR LA RELACION DE SERVICIOS EMITIDA POR SIRH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTIGUEDAD** | **AA** | **MM** | **DD** |
| **TOTAL 11 HORAS** |  |  |  |
| **TOTAL 22 HORAS** |  |  |  |
| **TOTAL 28 HORAS** |  |  |  |
| **TOTAL 33 HORAS** |  |  |  |
| **TOTAL 44 HORAS** |  |  |  |

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

JEFE DE PERSONAL

Fecha,