|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud Aconcagua****Subdirección de las Personas** |  |
| **Comité de Selección** |  |
|  |  |
| **FORMULARIO UNICO DE POSTULACION Y ANTECEDENTES** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO N° 1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **APELLIDOS** | **AASDFASDFASDF** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **R.U.T** | ADFASDF  | **GRADO** |  ADF |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PLANTA** | ADFDF  |
|  |  |  |
|  | **TITULO PROFESIONAL** | ADFASDFASD |
|  | **FECHA TITULACION** | DÍA:  | ADF | MES: | DFDF | AÑO:ADF |  |  |
|  | **UNIDAD** | ADFASDF  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ESTABLECIMIENTO** | DSAFASDF  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TELEFONOS** | ADFASDF  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **E-MAIL** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA POSTULANTE** |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **IDENTIFICACION JEFE PERSONAL o RECURSOS HUMANOS DEL ESTABLECIMIENTO**  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **El Profesional identificado certificará que la información contenida en los formularios es real y corresponde a todos los antecedentes presentados por el postulante, documentación que tuve a la vista.**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NOMBRE JEFE PERSONAL** |  |  |  |
|  | **RUT** |   |  |  |
|  | **FIRMA** |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **DETALLE DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **FACTORES** | **N°DOCTOS** |  |  |  |  |
|  | **1.- FACTOR DE CAPACITACION PERTINENTE** |   |  |  |  |  |
|  | **2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO** |   |  |  |  |  |
|  | **3.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA** |   |  |  |  |  |
|  | **4.- FACTOR APTITUD PARA EL CARGO** |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | **EXCLUSIVO COMISION** |  |  |  |  |   |
|  |   |  |  |  | **NOTA** | **PONDERACION** |   |
|  |   | **FACTOR CAPACITACION PERTINENTE** |  |  |   |
|  |   | **FACTOR EVALUACION DESEMPEÑO** |  |  |   |
|  |   | **FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA** |  |  |   |
|  |   | **FACTOR APTITUD PARA EL CARGO** |  |  |   |
|  |   |  |  |  |  |  |  |   |
|  |   | **EVALUACION FINAL** |   |  |  |  |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Servicio de Salud Aconcagua** |  |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| **Subdirección de las Personas** |  |  |  |  |
| **Comité de Selección** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO N° 2** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **1.-** | **FACTOR CAPACITACION PERTINENTE (25%)** |  |  |
|  | **Subfactores** 1.- Actividades de Capacitación con evaluación, determinada como pertinente por el Servicio de Salud Aconcagua.2.- Diplomados y Post-Títulos |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Anexa Certificado histórico de Capacitación.** | **SI** | **NO** |  | **CANTIDAD DE HORAS CAPACITACION** |   |  |
|  |  |  |  |  | **CANTIDAD DE DIPLOMADOS Y POST-TITULOS** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA POSTULANTE** |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA ENCARGADO DE CAPACITACION** |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección Servicio de Salud Aconcagua** |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| **Subdirección de las Personas** |  |  |  |
| **Comité de Selección** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO N° 3** |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO ( 25% )** |  |  |
|  |  |  |  |  |
| PERIODO |  | CALIFICACION |  |  |  |
| **Ultima calificación obtenida periodo septiembre año 2013 – agosto 2014** |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Anexar certificados de la Unidad de Recursos Humanos, Personal o Unidad de Ciclo de Vida Laboral, que señale la última calificación obtenida por el postulante o la postulante **ANEXO N° 1**   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA POSTULANTE** |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA JEFE DE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** |   |   |

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

|  |
| --- |
| **Servicio de Salud Aconcagua** |

 |  |
| **Subdirección de las Personas** |  |
| **Comité de Selección** |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARIO N° 4** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.-** | **FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA, 25%** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| a) **Antigüedad como Profesional en calidad de Titular o Contrata en la Planta de Profesionales y Directivos de Carrera Profesionales (desde la fecha de obtención del título profesional) en el Servicio de Salud Aconcagua. (50%)** |
|   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |   |  |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) **Antigüedad como Profesional en calidad de Contrata o Titular en la planta de profesionales en otros Servicios de Salud del país (20%)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |   |  |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) **Antigüedad en el grado como profesional titular o directivo de carrera profesional (30%)**.  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AÑOS**  | **MESES** | **DIAS** |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA POSTULANTE** |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA JEFE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** |   |  |  |
| Anexar certificados de la Unidad de Recursos Humanos, Personal o Unidad de Ciclo de Vida Laboral, que señale la última calificación obtenida por el postulante o la postulante **ANEXO N° 2**   |  |
| **Subdirección de las Personas** |  |
| **Comité de Selección** |  |
|  |  |
| **FORMULARIO N° 5** |  |
| **4.-** | **FACTOR APTITUD PARA EL CARGO, 25%** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ítem**  | N° actividades certificadas |
| **Participación en Comités, Comisiones o grupos de trabajo formales del área organizacional**, en establecimientos dependientes del Servicio de salud Aconcagua, **con un máximo de 30 puntos.**  |   |
| **Participación en Comités, Comisiones o grupos de trabajo formales del área Clínico Asistencial**, en establecimientos dependientes del Servicio de salud Aconcagua, **con un máximo de 30 puntos.** |   |
| Acreditación de **responsabilidades en actividades clínicas y/o administrativas** (encomendación de funciones jefes o encargados) en establecimientos dependientes del Servicio de salud Aconcagua, **con un máximo de 40 puntos.** |   |
| Acreditar ser **encargado/a de programas,** en establecimientos dependientes del Servicio de salud Aconcagua, **con un máximo de 15 puntos.** |   |
| **Funciones de responsabilidad** solo en una primera subrogancia en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Aconcagua, **con un máximo de 10 puntos**.  |   |
| **Docente en capacitación interna** en el Servicio de Salud Aconcagua, **con un máximo de 14 puntos.** |   |
| **Participación en el diseño y/o ejecución de programas específicos**, Instalación de un nuevo programa en la cartera de prestaciones del establecimiento y/o por haber realizado algún proyecto de innovación o mejoramiento en el marco de las buenas prácticas, en el Servicio de Salud Aconcagua**, con un máximo de 10 puntos.** |   |
| **Por certificación de participación en trabajos científicos**, se deberá adjuntar copia de la publicación donde aparezca el nombre, pudiendo ser como autor o coautor, **con un máximo de 10 puntos**.  |   |
| **Realización de docencia no remunerada en calidad de tutor o guía**, con alumnos de pregrado en establecimientos del Servicio de Salud Aconcagua. **con un máximo de 10 puntos.**  |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Anexar certificados de la Unidad de Recursos Humanos, Personal, Unidad de Ciclo de Vida Laboral, Capacitación, Director o Directora de Establecimientos, según corresponda que. **ANEXOS N°s 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.**  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA POSTULANTE** |   |  |  |
|  |  |  |  |
| **FIRMA JEFE PERSONAL O RECURSOS HUMANOS** |   |  |  |

**ANEXO N° 1**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

## **C E R T I F I C A D O**

## **EVALUACIÓN DESEMPEÑO**

La suscrita Jefa de la Unidad de Personal del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que **D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional, grado ° EUS, obtuvo la siguiente calificación en el periodo calificatorio septiembre 2013 – agosto 2014, información** requerida para el concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, año 2015 a saber:

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  SEPTIEMBRE 2013 – AGOSTO 2014 |   |  |
| **PERIODO CALIFICATORIO** | **CALIFICACION** | **LISTA**  |

Se extiende el presente documento, para certificar el factor de Evaluación de Desempeño que obtuvo el postulante y ser presentado en el concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

**NOMBRE JEFE UNIDAD**

**CARGO**

**ESTABLECIMIENTO**

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 2**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

## **C E R T I F I C A D O**

## **EXPERIENCIA CALIFICADA**

La suscrita Jefa de la Unidad de Personal del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que **D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** posee las siguientes antigüedades, requeridas para el concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, año 2015 a saber:

|  |
| --- |
| 1.- Antigüedad como Profesional en **calidad de Titular o Contrata** en la **Planta de Profesionales y Directivos de Carrera Profesionales** (desde la fecha de obtención del título profesional) en el Servicio de Salud Aconcagua. (no se considera tiempo cumplido en calidad de honorarios o compra de servicios). |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |

|  |
| --- |
| 2.- **Antigüedad como Profesional en calidad de Contrata o Titular** en la planta de profesionales **en otros Servicios de Salud del país** (no se considera el Servicio de Salud Aconcagua, ni antigüedad a honorarios o compra de servicios). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |   |   |   |
| **SERVICIOS DE SALUD** | **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |

3**.- Antigüedad en el grado** como profesional titular o directivo de carrera profesional (se considera el grado que posee a la fecha de postulación en calidad de titular en las plantas de profesionales o directivos de carrera profesionales).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |   |   |   |
| **GRADO ACTUAL** | **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |

Se extiende el presente certificado, para certificar antigüedad que posee el postulante y ser presentado en el concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

**NOMBRE JEFE UNIDAD**

**CARGO**

**ESTABLECIMIENTO**

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 3**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO PARTICIPACIÓN EN COMITÉS, COMISIONES AREA ORGANIZACIONAL**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha participado en las instancias que se indican a continuación:

* + - 1. Se considerarán para certificar la participación en el área organizacional los siguientes instancias: Comité de Mejoramiento del Entorno Laboral, Comité Paritario, Comité de Capacitación, Comité o Comisión de Vestuario, Comisión Salud, Junta Calificadora Regional, Comisión de Alimentación, Jardines Infantiles, Comisiones de concursos, Comité de Bienestar, Comité de Emergencia, etc.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de la Comisión, comité o instancia de participación.** | **N° Resolución o documento que acredite participación y fecha.**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado el funcionario aludido o la funcionaria aludida, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Participación en Comités, Comisiones Área Organizacional** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 .

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS O DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

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

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 4**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO PARTICIPACIÓN EN COMITÉS, COMISIONES ÁREA CLÍNICA ASISTENCIAL**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha participado en las instancias que se indican a continuación:

1. Funciones vinculadas a las acciones de trabajo. Ej: equipo directivo /consejo consultivo usuario / técnico consultivo / VIH / equipo calidad/ comité farmacia abastecimiento, ética, col asistencial docente, lactancia, etc.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de la Comisión, comité o instancia de participación en el área clínica asistencial.** | **N° Resolución o documento que acredite participación y fecha.**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado el funcionario aludido o la funcionaria aludida, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Participación en Comités, Comisiones Área Clínico Asistencial** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 .

NOMBRE DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

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

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 5**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO EN CARGOS DE RESPONSABILIDAD O ENCOMENDACIÓN DE FUNCIONES**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el ( NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, en los cargos de responsabilidades en actividades clínicas y/o administrativas (encomendación de funciones jefes o encargados) que se indican:

1. Pudiendo ser encargado de OIRS, jefe de inventarios, jefe de bodega, jefe departamento, jefe de sección o unidad, encargado de unidades, jefe sector APS, etc.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo o encomendación de funciones o apoyo.** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** | **N° de meses** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado el funcionario aludido o la funcionaria aludida, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Funciones de cargos y responsabilidades asumidas o encomendación de funciones** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

NOMBRE DE LA JEFATURA O DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

Jefe Unidad o Servicio

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

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 6**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO EN CARGOS DE ENCARGADOS DE PROGRAMAS**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, como encargado de los siguientes programas:

1. Pudiendo ser Programa niño sano, Programa chile crece, Programa cardiovascular, Programa GES entre otros.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo o encomendación de funciones o apoyo.** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** | **N° de meses** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado el funcionario aludido o la funcionaria aludida, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Encargada o Encargado de Programas en el Servicio de Salud Aconcagua** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

NOMBRE DE LA JEFATURA O DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

Jefe Unidad o Servicio

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

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 7**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD SUBROGANTE**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, como primer subrogante de las jefaturas y unidades que se indican en los periodos que se indican:

1. Por cada desempeño de **funciones de responsabilidad,** solo en el primer orden de precedencia en la subrogancia en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo y unidad en funciones de primer subrogante** | **N° Resolución o documento que acredite situación y fecha.**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado el funcionario aludido o la funcionaria aludida, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Recursos Humanos de este Establecimiento para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **funciones de responsabilidad como subrogante** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

NOMBRE DE LA JEFATURA O DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

Jefe Unidad o Servicio

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

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 8**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO DOCENTE EN CAPACITACIÓN INTERNA**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha participado en las siguientes capacitaciones internas en los Servicios de Salud:

1. Pudiendo ser en PAC local, Global u otra tipo de docencia interna que se haya realizado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de actividad de capacitación** | **N° de horas cronológicas** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las actividades de docencia interna en que el funcionario aludido o funcionaria aludida ha participado, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **Docente en capacitación interna** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 .

NOMBRE DE LA JEFATURA O COORDINADORA DE CAPACITACION:

 .

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

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

 FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 9**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO PARTICIPACION EN DISEÑO Y/O EJECUCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS, NUEVO PROGRAMA EN LA CARTERA DE PRESTACIONES DEL ESTABLECIMIENTO O ALGUN PROYECTO DE INNOVACION O MEJORAMIENTO EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRACTICAS LABORALES A LA ORGANIZACION**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha realizado los siguientes aportes los que serán ingresados en esta planilla, traducidos en:

1. Pudiendo ser postulación concursos de innovación, adjudicación de fondos concursables, protocolizar nuevos servicios, mejoramiento de procesos, entre otros

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de actividad (proyecto, postulación, concurso, adjudicación de fondos, protocolizar nuevos servicios, mejoramiento de procesos)** | **N° Resolución o documento que acredite participación y fecha.**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones o aportes en que el funcionario aludido o funcionaria aludida ha participado, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **participación en el diseño y/o ejecución de programas específicos, Instalación de un nuevo programa en la cartera de prestaciones del establecimiento y/o por haber realizado algún proyecto de innovación o mejoramiento en el marco de las buenas prácticas en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud,** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

.

 .

NOMBRE DEL DIRECTORA o DIRECTORA DEL ESTABLECIMIENTO:

 .

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

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

 FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***

**ANEXO N° 10**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO PARTICIPACIÓN EN TRABAJOS CIENTÍFICOS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, postulante al concurso de promoción de las plantas de profesionales y directivos de carrera profesionales, adjunto envío a ustedes copias autentificadas por los ministros de fe del establecimiento, que tiene relación con los siguientes actividades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Nombre de actividad (copia de publicación en revistas científicas o colegios profesionales o ponencia en congresos, etc.** | **Fecha realización actividad** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 .

NOMBRE DEL O LA POSTULANTE

 .

ESTABLECIMIENTO POSTULANTE

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

 FIRMA DE QUIEN ENVIA DOCUMENTOS

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado tendrá validez siempre que se acompañen los documentos de respaldo (original o fotocopias visada por Ministro de Fe).***

**ANEXO N° 11**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL XXXXX**

**CERTIFICADO DOCENCIA NO REMUNERADA EN CALIDAD DE TUTOR O GUÍA, CON ALUMNOS DE PREGRADO**

Quien suscribe, certifica que **D.** **; Rut:**  se desempeña en **el (NOMBRE ESTABLECIMIENTO), dependiente del Servicio de Salud Aconcagua**, y ha participado en docencia no remunerada en calidad de tutor o guía, con alumnos de pregrado, que se indican a continuación:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Tutor o guía de N° de alumnos de las carreras de:** | **N° de horas cronológicas** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las actividades y funciones en que el funcionario aludido o funcionaria aludida ha participado, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud de dicho o dicha postulante, para los fines de acreditar el ítem **docencia no remunerada en calidad de tutor o guía**, con alumnos de pregrado en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales y directivos de carrera profesionales año 2015.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

NOMBRE DE LA JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS O DIRECTOR O DIRECTORA DEL ESTABLECIMIENTO:

 .

CARGO DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE:

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

 FIRMA DE QUIEN CERTIFICA

Fecha, (Xxxxxxx, xxxx xxxxxxxxxxx)

***Nota: Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en las firmas (nombre, timbre, cargo y firma).***