

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

|  |
| --- |
| **MINISTERIO DE SALUD****SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO** |

 |
| **UNIDAD ADMINISTRACION DE PERSONAL** |

**ANEXO N°1**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **FORMULARIO UNICO DE POSTULACION Y ANTECEDENTES** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE**  |  |  |  |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** |  |
|  |  |  |
|  | **RUN** |   | **GRADO** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PLANTA** |   |
|  |  |  |
|  | **TITULO PROFESIONAL** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **FECHA TITULACION** | **DIA:** | **MES:** | **AÑO:** |  |  |
|  |  |  |
|  | **UNIDAD** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ESTABLECIMIENTO** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TELEFONO CELULAR** |  | **ANEXO:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **DOMICILIO PARTICULAR** |  |
|  |  |  |
|  | **E-MAIL** |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **B.- DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA**  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FACTORES** | **DESCRIPCIÓN** | **N° DOCUMENTOS** |  |  |  |
| **1.- FACTOR DE CAPACITACION PERTINENTE** | NUMERO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS POR CADA FACTOR |  |  |  |  |
| **2.- FACTOR EVALUACION DE DESEMPEÑO** |  |  |  |  |
| **3.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA** |  |  |  |  |
| **4.- FACTOR APTITUD PARA EL CARGO** |  |  |  |  |

**FIRMA POSTULANTE FECHA POSTULACION**

**FIRMA, TIMBRE Y FECHA RECEPCION**

**NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE**

**ESTABLECIMIENTO**

***-----------------------EXIJA COPIA DE ESTE DOCUMENTO FIRMADO Y TIMBRADO --------------------------***

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).



**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO – SAN ANTONIO**

**UNIDAD ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 2**

|  |
| --- |
|  **FORMULARIO CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS GENERALES Y DE LAS INHABILIDADES** |
|  |
|  |

El Jefe de Personal o Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas que suscribe, certifica que el funcionario D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cumple con los requisitos generales exigidos en el presente Proceso de Concurso Interno de Promoción de Profesional año 2023 del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y no registra las siguientes inhabilidades.

 **A.- REQUISITOS GENERALES**

En el presente Concurso podrán participar los funcionarios que cumplan con los siguientes requisitos.

1. Pertenecer a la Planta Profesional del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en calidad de Titular, regidos por la Ley 18.834 y el D.L. Nº 249/74.
2. Encontrarse calificado en Lista N° 1 de distinción o en lista N°2, buena, en el período inmediatamente anterior al proceso de promoción.
3. Encontrarse nombrado en los grados inferiores a los cargos vacantes ofrecidos, en la planta profesional, según lo establecido en el Art. 103 del DFL 1/2006 del Ministerio de Salud.
4. Cumplir con los requisitos educacionales y/o de experiencia, establecidos en el DFL Nº 7 de noviembre de 2017 del Ministerio de Salud, Art. 2º y siguientes.

**B.- DE LAS INHABILIDADES**

* No hubiesen sido calificados en lista 1 de distinción ó 2 buena en el período inmediatamente anterior. (septiembre 2021 – agosto 2022)
* No hubiesen sido calificados en dos períodos consecutivos. Exceptúase lo dispuesto en la Ley N° 19.296, respecto de los funcionarios que sean directores de alguna asociación de funcionarios o integrantes de la Junta Calificadora.
* Hubiesen sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez en los doce meses anteriores de producida la vacante.
* Hubiesen sido sancionados con la medida disciplinaria de multa, en los doce meses anteriores de producida la vacante.

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE SUBDIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).



**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD ADMINISTRACION DE PERSONAL**

**ANEXO N° 3**

**CAPACITACION PERTINENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXA CERTIFICADO DE CAPACITACION** | **SI** | **NO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **CANTIDAD DE HORAS PEDAGOGICAS DE CAPACITACION** |
|  |

**FIRMA POSTULANTE**

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE JEFE DE CAPACITACION DEL ESTABLECIMIENTO**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).



**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 4**

**CURSOS DE CAPACITACION Y/O PERFECCIONAMIENTO**

Actividades de Capacitación y/o Perfeccionamiento desarrolladas fuera de la Institución, que estén relacionadas con las líneas estratégicas institucionales o con el ejercicio de la profesión dentro del Establecimiento, realizadas en forma particular o autogestionadas por el funcionario, debidamente visadas por la Unidad de Capacitación correspondiente, respecto del período 01/07/2018 al 30/06/2023 (5 años).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE CURSO** | **N° HRS. PEDAGOGICAS** | **FECHA TERMINO** | **NOTA DE EVALUACION** | **USO COMITE** |
| **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **PUNTAJE TOTAL** |  |
|  |

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE JEFE DE CAPACITACION ESTABLECIMIENTO**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).



**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 5**

**CERTIFICADO EVALUACION DE DESEMPEÑO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PLANTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**UNIDAD DE DESEMPEÑO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se certifica que el Profesional individualizado, obtuvo el siguiente puntaje en el último proceso calificatorio ejecutoriado y afinado al inicio del presente Concurso.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PERIODO CALIFICATORIO** | **PUNTAJE DE CALIFICACION** | **LISTA** |  | **Total, Puntos****USO EXCLUSIVO COMISON** |
|  |  |  |  |  |  |

Lista 1: 60 - 70

Lista 2: 50 - 59

Lista 3: 30 - 49

Lista 4: 10 - 29

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE SUBDIRECTOR GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 6**

**CERTIFICADO DE EXPERIENCIA CALIFICADA POSTULACIÓN PROMOCION AÑO 2023**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **JORNADA (Indique 44 ó 22):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **HRS/SEMANALES**

**PLANTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antigüedad como profesional en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Otros Servicios de Salud y/o sus antecesores legales y/o en otros Organismos de la Administración Pública tales como Ministerios, Intendencias, Gobernaciones, Subsecretarías del Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública, Cenabast, Municipios, Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud, en cantidad de años, meses y días de tiempo servido como profesional en la planta profesional, en calidad de titular, suplente, contrata, honorarios, código del trabajo. Calculada al 30 de junio de 2023.En los Servicios de Salud y/o antecesores legales, respecto de los Directivos Profesionales traspasados a la Planta Profesional, se considera en la experiencia calificada, el tiempo ejercido como Directivo de Carrera. Se excluye el tiempo trabajado en corporaciones municipales, empresas del estado y otras no reconocidas como tiempo servido en el sector público, tal como ha sido establecido por Contraloría General de la República, en su jurisprudencia respectiva, Dictamen N° 65.843 del 18.10.2011, Dictamen N° 22.818 del 21.06.2017 | **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |
|  |  |  |
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tiempo real trabajado por el funcionario(a) como Profesional, descontando a la experiencia calificada, el tiempo ejercido como directivo no profesional, técnico, administrativo y/o auxiliar cuando corresponda. |  |  |  |

Los tiempos servidos en períodos discontinuos se suman y computan como año completo. Sumado el tiempo total, el período remanente superior a seis meses se entenderá como un año completo, los períodos de 15 o más días se contabilizarán como un mes, los menores se desestimarán.

**Anexar Relación de Servicios del funcionario, debidamente actualizada, firmada, timbrada por la Unidad de Personal.**

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE JEFE DE RECURSOS HUMANOS/PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RESUMEN ACTIVIDADES PRESENTADAS FACTOR APTITUD PARA EL CARGO** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM**  | **N° actividades presentadas y certificadas** |
| **Participación en comisiones, comités, consejos, juntas, equipos o mesas de trabajo institucionales o de otros organismos en representación de la institución**, **con un máximo de 25 puntos.** En los últimos 5 años (1° de julio 2018 al 30 de junio 2023)  |  |
| **Desempeño de Funciones de responsabilidad,** en el ámbito clínico o administrativo, **con un máximo de 25 puntos**. En los últimos 5 años (1° de julio 2018 al 30 de junio 2023) |  |
| **Colaboración como docente y/o expositor no remunerado**, **con un máximo de 10 puntos.** En los últimos 5 años (1° de julio 2018 al 30 de junio 2023) |  |
| Consignación de **Anotaciones de Mérito**, por conducta o desempeño destacado del funcionario, **con un máximo de 25 puntos.** En los últimos 5 años (1° de julio 2018 al 30 de junio 2023)  |  |
| **Años de titulación,** desde la fecha de obtención del título profesional requerido, **con un máximo de 25 puntos ponderados,** según tabla definida en las Bases de Concurso**.**  |  |
| **Nota obtenida en el Factor de Calificación “Condiciones Personales”, con un máximo de 25 puntos ponderados,** según tabla definida en las Bases de Concurso**.** |  |
| **NO CONTAR con** **Anotaciones de Demérito**, entendiéndose por éstas, las acciones u omisiones del funcionario que impliquen una conducta o desempeño reprochable, **con un máximo de 25 puntos.** En los últimos 5 años (1° de julio 2018 al 30 de junio 2023)  |  |
| **Actividades de** **Postgrado** (Máster, Magíster, Doctorado) conducentes a la obtención de un grado académico, sin tope de fechas, **con un máximo de 10 puntos.** |  |

Anexarcertificados de la Unidad de Personal o de la Unidad de Capacitación, según corresponda. **Anexos N°s 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.**

**FIRMA POSTULANTE**

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE JEFE RECURSOS HUMANOS/PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 8**

**CERTIFICADO PARTICIPACION EN COMISIONES, COMITES, CONSEJOS, JUNTAS, EQUIPOS O MESAS DE TRABAJO INSTITUCIONALES O DE OTROS ORGANISMOS EN REPRESENTACIÓN DE LA INSTITUCION**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  \_\_ se desempeña en el Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y ha participado en la o las siguientes actividades institucionales o en representación de la institución, en el período 01.07.2018 al 30.06.2023, que se indican:

Se consideran para certificar la participación en comité de capacitación, comité de acreditación, comité de concursos, juntas calificadoras, comité de gestión, comité de ética, comité paritario de higiene y seguridad, comité de mejoramiento del entorno laboral, comisión de salud, comité de bienestar, comité de emergencia y desastres, comité escolar, comité de navidad, comités del área clínico asistencial, entre otros.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Actividad** | **N° de Resolución Exenta que acredite participación**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción de profesionales año 2023.

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

**NOMBRE DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS/JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 9**

**CERTIFICADO DESEMPEÑO FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  \_\_\_ se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio**, cumpliendo funciones de responsabilidad, en el período 01.07.2018 al 30.06.2023, que se indica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cargo y Unidad en funciones de responsabilidad** | **N° de Resolución Exenta o documento que acredite función de responsabilidad**  | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a los cargos y funciones que ha desempeñado el funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista en las Unidades de Personal de este Establecimiento para su certificación. Se anexan Resoluciones Exentas o documentos de respaldo.

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item **Funciones de Responsabilidad en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio,** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso interno de promoción de profesionales año 2023.

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

**NOMBRE DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS/JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 10**

**CERTIFICADO DE COLABORACION COMO DOCENTE Y/O EXPOSITOR NO REMUNERADO**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio** y ha participado en calidad de docente o expositor, tutor o guía, director o coordinador de una actividad de capacitación no remunerada, del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio u otros Servicios de Salud o antecesores legales, en el período 01.07.2018 al 30.06.2023, que se indican:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad de docente/expositor** | **N° de horas cronológicas** | **Fecha Desde** | **Fecha Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las actividades que ha realizado el funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación. Se anexa Resolución Exenta o Certificado.

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item de **colaboración** **Docente y/o Expositor en capacitación interna no remunerada del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, otros Servicios de Salud o antecesores legales** del Factor **Aptitud para el cargo** del concurso de promoción profesional año 2023.

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

**NOMBRE DE JEFE DE CAPACITACION ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA/TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 11**

**CERTIFICADO DE ANOTACIONES DE MÉRITO EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  \_\_\_ se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio** y registra las siguientes anotaciones de mérito, en el período 01.07.2018 al 30.06.2023, traducidos en:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° CORR.** | **Motivo de la Anotación** | **Fecha** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las anotaciones de mérito que le han consignado al funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación. Se adjunta listado de anotaciones de mérito de SIRH.

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item anotaciones **de mérito en el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio,** del concurso interno de promoción de profesionales año 2023.

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

**NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 12**

**CERTIFICADO DE AÑOS DE TITULACION**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  \_\_\_ se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio** y registra la siguiente antigüedad de su título profesional, desde la obtención del título profesional requerido para las presentes Bases, con fecha de corte al 30 de junio de 2023.

Se adjunta copia simple del título profesional, visado por el ministro de fe del Establecimiento.

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde al registro existente en la Unidad de Personal, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item **Años de titulación,** del concurso interno de promoción de profesionales año 2023.

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

**NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 13**

**CERTIFICADO DE NOTA OBTENIDA EN EL FACTOR CALIFICACION “CONDICIONES PERSONALES”**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio** y registra la siguiente nota promedio obtenida en el Factor de Calificaciones “CONDICIONES PERSONALES”, en el último proceso calificatorio ejecutoriado, período 1° de septiembre de 2021 al 31 de agosto de 2022.

Este Factor comprende la valoración de los siguientes sub-factores: Conocimiento del Trabajo, Interés por el trabajo que realiza y Capacidad para realizar trabajo en grupo.

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde al registro existente en la Unidad de Personal, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación.

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item Nota obtenida en el Factor de Calificación Condiciones Personales**,** del concurso interno de promoción de profesionales año 2023.

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

**NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 14**

**CERTIFICADO DE ANOTACIONES DE DEMÉRITO EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio,** y registra las siguientes anotaciones de demérito, en el período 01.07.2018 al 30.06.2023, en su hoja de vida:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NO registra anotaciones de demérito en el período 01.07.2018 al 30.06.2023** |
|  |  |
|  | **SI registra anotaciones de demérito en el período 01.07.2018 al 30.06.2023** |

Se deja establecido que lo aquí anotado corresponde a las anotaciones de demérito con las que cuenta el funcionario aludido, cuyos antecedentes se tuvo a la vista para su certificación. Se adjunta listado de anotaciones del SIRH.

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item anotaciones **de demérito en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio,** del concurso de promoción interno de profesionales año 2023.

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

**NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, timbre y firma).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAS**

**ANEXO N° 15**

**CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DE POST GRADO**

Quien suscribe, certifica que **D.** **RUN:**  \_\_\_ se desempeña en Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio** y ha presentado en esta Unidad de Personal, copia(s) autentificada(s) por el ministro de fe del establecimiento, de actividad(es) de post grado realizada(s) durante su vida laboral:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°**  | **Nombre de actividad Máster, Magíster, Doctorado (copia de título otorgado por la entidad educacional)** | **Fecha realización actividad** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se extiende el presente certificado, a solicitud del postulante, para los fines de acreditar el Item **Actividades de Post Grado,** para el concurso interno de promoción de profesionales año 2023. Se anexa copia de título otorgado por la entidad educacional.

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

**NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS O JEFE DE PERSONAL ESTABLECIMIENTO**

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

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA /TIMBRE**

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

Este certificado no tendrá validez si falta alguno de los antecedentes solicitados en la visación del documento (nombre, firma y timbre).

****

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO**

**UNIDAD DE PERSONAL**

**ANEXO N° 16**

**FORMULARIO DE APELACIÓN CONCURSO DE PROMOCIÓN DE LA PLANTA PROFESIONAL**

 **DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO**

|  |
| --- |
| **APELACION AL COMITÉ DE SELECCIÓN** |
| **1.- CAPACITACION PERTINENTE 25%** |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación del factor: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **2.- EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 25%** |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación del factor: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **3.- EXPERIENCIA CALIFICADA 25%** |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación del factor: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **4.- APTITUD PARA EL CARGO 25%** |
| Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación del factor: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE** |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUN |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| ESTABLECIMIENTO |  |
| GRADO E.U.S. |  | PLANTA |  |
| TELEFONO |  | ANEXO |  |
| FIRMA POSTULANTE |  | FECHA APELACIÓN |  |