# ANEXO N°5: FORMULARIO DE POSTULACION

**FORMULARIO DE POSTULACION LLAMADO A SELECCIÓN HOSPITAL CORONEL**

**1.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE**

Apellido Paterno Apellido Materno

Run:

# DOMICILIO PARTICULAR

**CIUDAD**

Fono Particular : Otro Fono:

Celular: Correo Electrónico:

# 2.- CARGO AL QUE POSTULA

Firma Postulante

**3.- DOCUMENTOS ENVIADOS PARA POSTULAR A SELECCIONHSJC@SSCONCEPCION.CL:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO GESTIÓN DE PERSONAS DE LA RED DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIO** | **Presenta Documento** | |
| **SI** | **NO** |
| 1.- Curriculum Vitae.- |  |  |
| 2.- Certificado título Profesional que corresponda (Cumpli. requisito).- |  |  |
| 3.- Relación de Servicios que acredite calidad de funcionaria/o.- |  |  |
| 4.- Certificado Inscripción Superintendencia de Salud |  |  |
| 4.- Certificados que acrediten Experiencia Laboral.- |  |  |
| 5.- Certificados de Capacitación – Histórico de Capacitación.- |  |  |
| 6.- Copia de Estudios de Postítulo y/o Postgrado.- |  |  |
| 7.- Otros Antecedentes.- |  |  |

# ANEXO N°6: FORMATO DE CURRICULUM VITAE

**CURRÍCULUM VITAE**

**I. IDENTIFICACIÓN DE EL/LA POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno |
|  |  |
| Teléfono Particular | Teléfono Móvil |
|  |  |
| Correo electrónico autorizado |  |
|  | |

**II. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO A QUE POSTULA**

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo | Grado |
|  |  |

**III. TITULOS PROFESIONAL(ES) Y O GRADOS**

\*Completar sólo si corresponde, indicando sólo aquellos con certificados

|  |  |
| --- | --- |
| TITULO | |
|  | |
| Ingreso (mm, aaaa) | Egreso (mm, aaaa) |
|  |  |
| Fecha Titulación (dd, mm, aaaa) | |
|  |  |
| Duración de la Carrera (indicar en número de semestres o trimestres) | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| TITULO | |
|  | |
| Ingreso (mm, aaaa) | Egreso (mm, aaaa) |
|  |  |
| Fecha Titulación (dd, mm, aaaa) | |
|  |  |
| Duración de la Carrera (indicar en número de semestres o trimestres) | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| TITULO | |
|  | |
| Ingreso (mm, aaaa) | Egreso (mm, aaaa) |
|  |  |
| Fecha Titulación (dd, mm, aaaa) | |
|  |  |
| Duración de la Carrera (indicar en número de semestres o trimestres) | |
|  | |

**IV. ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

\*(Indicar sólo aquellos con certificados, los demás no serán ponderados ni considerados)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Post Titulos/Otros | |
|  | |
| Desde (mm, aaaa) | Hasta(mm, aaaa) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Post Titulos/Otros | |
|  | |
| Desde (mm, aaaa) | Hasta(mm, aaaa) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Post Titulos/Otros | |
|  | |
| Desde (mm, aaaa) | Hasta(mm, aaaa) |
|  |  |

**V. CAPACITACION**

(Indicar sólo aquellos con certificados)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Curso y/o Seminario | | |
|  | | |
| Desde (dd, mm, aaaa) | Hasta (dd, mm, aaaa) | Horas Duración |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Curso y/o Seminario | | |
|  | | |
| Desde (dd, mm, aaaa) | Hasta (dd, mm, aaaa) | Horas Duración |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Curso y/o Seminario | | |
|  | | |
| Desde (dd, mm, aaaa) | Hasta (dd, mm, aaaa) | Horas Duración |
|  |  |  |

**VI. ÚLTIMO CARGO DESARROLLADO O EN DESARROLLO**

(Sólo cuando corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGO | | | |
|  | | | |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA | | | |
|  | | | |
| Depto., Gerencia, Unidad o Área de Desempeño | Desde (dd, mm, aaaa) | Hasta (dd, mm, aaaa) | Duración del Cargo (mm, aaaa) |
|  |  |  |  |
| Funciones Principales (descripción general de funciones realizadas y principales logros) | | | |
|  | | | |

**VII. TRAYECTORIA LABORAL**

Además del anterior, indique sus últimos tres puestos de trabajo, si corresponde.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGO | | | |
|  | | | |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA | | | |
|  | | | |
| Depto., Gerencia, Unidad o Área de Desempeño | Desde (dd, mm, aaaa) | Hasta (dd, mm, aaaa) | Duración del Cargo (mm, aaaa) |
|  |  |  |  |
| Funciones Principales (descripción general de funciones realizadas y principales logros) | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGO | | | |
|  | | | |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA | | | |
|  | | | |
| Depto., Gerencia, Unidad o Área de Desempeño | Desde (dd, mm, aaaa) | Hasta (dd, mm, aaaa) | Duración del Cargo (mm, aaaa) |
|  |  |  |  |
| Funciones Principales (descripción general de funciones realizadas y principales logros) | | | |
|  | | | |

**VIII. MOTIVACIÓN PARA EL CARGO**

|  |
| --- |
| Descripción de las principales motivaciones para integrarse a nuestra institución. |
|  |

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

Firma Postulante

Coronel, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ANEXO N°7: FORMATO DECLARACIÓN JURADA

**DECLARACIÓN JURADA**

Por el presente instrumento yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula Nacional de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento:

1. Que cumplo con los requisitos establecidos en las letras c), e), f) del Art. 12° del Estatuto Administrativo, aprobado por la Ley 18.834, que se describen:

c) Tener Salud compatible con el desempeño del cargo

e) No he cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria, en los cinco años anteriores a la fecha de la presente declaración, por lo que asumo las responsabilidades establecidas en el Art. 20° inciso 3° de dicha Ley, y

f) No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no estar condenado por crimen o simple delito, además

2. Que no me encuentro afecto a ninguna de las causales de inhabilidad previstas en el artículo 56 de la Ley N° 18.575, esto es:

1. Que no tengo vigente o suscrito por mí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a 200 Unidades Tributarias Mensuales o más con el Servicio de Salud de Concepción y que tampoco tengo litigios pendientes con dicha institución. Asimismo declaro bajo juramento que no tengo la calidad de director, administrador, representante o socio titular del 10 % o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, que tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más con el Servicio de Salud de Concepción.
2. Que no tengo la calidad de cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del Servicio de Salud de Concepción, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente inclusive.

**Concepción,** \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_

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

Firma Postulante

# ANEXO N°8: FORMATO LISTA DE CHEQUEO



**LISTA DE CHEQUEO**

FOLIO N°\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de postulante | : |  |
| Cargo que postula | : |  |
| Fecha recepción antecedentes | : |  |
| Horario | : |  |
| Nombre funcionario(a) que recepciona antecedentes | : |  |

Se debe marcar con un √ si presenta los antecedentes y con una X en caso contrario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES** |  | **CHEQUEO** |
| Formulario de Postulación |  |  |
| Curriculum Vitae |  |  |
| Declaración Jurada |  |  |
| Certificado de Relación de Servicio |  |  |
| Certificado de Estudios |  |  |
| Certificado de Capacitación |  |  |
| Certificado de Calificaciones o Evaluación de Desempeño |  |  |

Finalizado el chequeo, se deben incorporar los antecedentes en un sobre el que se sellará para ser aperturado cuando se dé inicio a la revisión de antecedentes, por parte de la Comisión de Selección.

Se hace entrega de la lista de chequeo original al o la postulante, quedando copia en poder de la institución.

# ANEXO N°9: FORMATO EVALUACION DEL DESEMPEÑO

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo | **:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cargo | **:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lugar de desempeño | **:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de Jefatura Directa | **:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Periodo Informado | **:** | Desde\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

Este informe tiene por finalidad medir la labor realizada por el prestador de servicio en calidad de Honorario o el funcionario(a), este último, que por antigüedad no cuenta con calificación.

La nota debe ser en escala de 1 a 7.

1. **FACTOR RENDIMIENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Cantidad de trabajo** |  | Mide el volumen de trabajo desarrollado, la rapidez y oportunidad de su ejecución |
|  | Nota: | |  | | --- | |  | |
|  | Comentarios: | |  | | --- | |  | |
|  |  |  |
| 1. **Calidad de la labor que realiza** |  | Evalúa las características de la labor cumplida. Mide la ausencia de errores en el trabajo y la habilidad de su ejecución. |
|  | Nota: | |  | | --- | |  | |
|  | Comentarios: | |  | | --- | |  | |
|  |  |  |

1. **FACTOR CONDICIONES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Conocimiento del trabajo** |  | Mide el grado de conocimiento desarrollado que la persona tiene y demuestre en la actividad que realiza, los conocimientos teóricos, estudios y los cursos de formación o de especialización relacionados con las funciones del cargo. |
|  | Nota: | |  | | --- | |  | |
|  | Comentarios: | |  | | --- | |  | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Interés por el trabajo que realiza** |  | Mide el deseo del funcionario de perfeccionarse en el cumplimiento de sus obligaciones y la capacidad de obrar oportunamente, de proponer la realización de actividades y soluciones ante los problemas que se presentan y de proponer objetivos o procedimientos nuevos para la mejor realización del trabajo asignado. |
|  | Nota: | |  | | --- | |  | |
|  | Comentarios: | |  | | --- | |  | |
|  |  |  |
| 1. **Capacidad para realizar trabajo en grupos** |  | Mide la facilidad de integración del funcionario en equipos de trabajo, así como la colaboración eficaz que este presta cuando se requiere que trabaje con grupo de personas |
|  | Nota: | |  | | --- | |  | |
|  | Comentarios: | |  | | --- | |  | |

1. **FACTOR COMPORTAMIENTO FUNCIONARIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Asistencia y puntualidad** |  | | Mide la presencia y ausencia del funcionario en el lugar de trabajo y la exactitud en el cumplimiento de la jornada laboral | | |
|  | Nota: | | |  | | --- | |  | | | |
|  | Comentarios: | | |  | | --- | |  | | | |
| 1. **Cumplimiento de normas e instrucciones** |  | | Mide el adecuado y oportuno respeto a los reglamentos e instrucciones de la institución, a los demás deberes estatutarios, al cumplimiento de las tareas propias del cargo y de las ordenes y cometidos que le impartan o encomienden sus superiores. | | |
|  | Nota: | | |  | | --- | |  | | | |
|  | Comentarios: | | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| **Comentario del evaluador:** |  | |  | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | |
| **Comentario del evaluado:** |  | |  | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nombre y firma del evaluado** | | **Nombre y firma de jefatura directa** | | | **Nombre y firma Jefe(a) Dpto. Gestión de Personas** |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | | **Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |

# ANEXO N°10: FORMATO EXPERIENCIA ESPECIFICA

# (COMPLEMENTO A RELACION DE SERVICIO)

**CERTIFICADO EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA**

Quien suscribe, certifica que\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicar nombre social si corresponde*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado, en el(los) siguiente(s) cargo(s) y con las funciones específicas que más abajo se detallan, durante el tiempo que se indica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARGO Y FUNCIÓN** (indicar nombre del cargo, estamento al que pertenece, detalle las responsabilidades ejercidas durante el periodo y en el evento que se hubiese tenido personal a cargo, indicar el N° de colaboradores) | **Desde**  día/mes/año | **Hasta**  día/mes/año |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se extiende el presente certificado, que tiene el carácter de declaración jurada simple, a solicitud de quien postula para los fines de acreditar experiencia específica, antecedente que servirá de base para evaluar su postulación a concurso.

CARGO DE QUIEN SUSCRIBE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jefatura Directa)

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

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

TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y timbre**

Lugar, fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

# ANEXO N°17: FORMATO RENUNCIA PROCESO DE SELECCIÓN



**Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas**

**Depto. Gestión de las Personas**

**Sección Ingreso y Selección**

**RENUNCIA A PROCESO DE SELECCIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, R.U.T\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, renuncio al proceso de selección en la Etapa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a contar del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma Postulante

Concepción, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_