1. **ANEXOS**

**Anexo N°1: Formulario Postulación Asignación de Responsabilidad**

**FORMULARIO POSTULACION ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Profesionales de Planta o a Contrata del Hospital San José de Coronel, regidos por la Ley 18.834 y el DL. 249/74 con funciones de Responsabilidad de Gestión, con Jornada de 44 horas semanales

|  |
| --- |
| 1. **Identificación Postulante**
 |
| Nombre y Apellidos |  |
| Fecha de Nacimiento |  | R.U.N |  |
| Domicilio Particular |  |
| Ciudad |  | FONO |  |
| Correo electrónico |  |
|  |
| 1. **Antecedentes Profesionales**
 |
| Titulo |  |
| Centro Formador |  |
| Fecha de Titulación |  |
|  |
| 1. **Cargo de Desempeño Actual**
 |
| Cargo |  | Grado |  |
| Unidad de Gestión |  |
| Función de Responsabilidad |  |
| Periodo de Desempeño del Cargo |  |
| 1. **Unidad de Gestión a la que Postula**
 |
| Unidad |  |
| Función de Responsabilidad |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  |  |  |
|  |  |  | Firma Postulante |

 |

**Anexo N°2: Formulario Resumen Presentación de Antecedentes**

**FORMULARIO RESUMEN PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES**

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD LEY 18.834 – AÑO 2025

Deben ser enviado por correo electrónico, en formato PDF y firmados por el interesado.

|  |
| --- |
| 1. **Antecedentes del Funcionario(a) Postulante**
 |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
|  |
| RUT |  | Cargo |  | Grado |  |
|  |
|  |  |  |
| Departamento / Unidad |  | Establecimiento |
|  |
| Domicilio |  |
| Teléfono Particular |  | Correo Elect. Personal |  |
| Teléfono Laboral |  | Correo Elect. Laboral |  |
|  |
| 1. **Documentos**
 |
| **Factor** | **Documentos** | **Marcar con X si procede** | **Total documento presentados** |
| **Capacitación Pertinente** | Histórico de Capacitación |  |  |
| Certificados de actividades de estudio y perfeccionamiento (Magister y/o Doctorados) |  |  |
| **Evaluación del Desempeño (Calificaciones)** | Anexo N°4 |  |  |
| **Experiencia Calificada** | Resolución de encomendación de funciones de responsabilidad inherentes a la Unidad objeto de la Asignación |  |  |
| Resolución de encomendación de funciones de responsabilidad de otros cargos en la institución |  |  |
| **Aptitud para el cargo** | Copia de Resolución de integrante de comisiones o comités de carácter institucional |  |  |
| Certificado de docencia de capacitación interna y/o en representación de la institución |  |  |
| Certificado de las medidas disciplinarias |  |  |
| Certificado que acredite el número de funcionarios(as) bajo su dependencia.  |  |  |
| Certificado de Atrasos. |  |  |
| **Total Documentos Presentados** |  |
|  |  |  |
| Firma Postulante |  |  |
|  |
| Fecha |  |  |

**Anexo N°3: Certificado Histórico de Capacitación**

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO DE CAPACITACIONES** |

Quien suscribe certifica que **D. xxxxx**, R.U.N xxxx, Profesional, Contrata/Titular, del Hospital San José de Coronel, con Desempeño en el Depto. / Unidad / Servicio, ha realizado las siguientes capacitaciones en los últimos 3 años:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE ACTIVIDAD** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINO** | **OFERENTE** | **Nº HORAS PEDAGO.** | **NOTA** | **SITUACIÓN** | **CURSO AUTOGESTIONADO****SI/NO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Se extiende el presente certificado, para los fines que estime conveniente.

Se adjunta al presente Certificado, extracción de Modulo de Capacitación del SIRH, igual periodo.

**Nombre y Firma**

**Jefe o Encargado de Capacitación**

**Coronel**, xx de xxxxx de 20xx

**Anexo N°4: Certificado de Calificaciones**

**CERTIFICADO DE CALIFICACIONES**

 El/la suscrito certifica que D. XXXXXXX XXXXX XXXXXX XXXXXXX R.U.N. XX.XXX.XXX-X, funcionario/a Titular/Contrata grado X° de la planta de PROFESIONAL de este establecimiento, presenta las siguientes tres últimas calificaciones:

|  |  |
| --- | --- |
| **Periodo** | **Calificación** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 Se extiende el presente certificado a pedido del/la interesado (a) para los fines que estime conveniente.

Jefatura Oficina de Personal

Hospital San José de Coronel

Coronel, XX de XXXX 202X.

**Anexo N°5: Certificado Indicaciones de las Medidas Disciplinarias**

**CERTIFICADO INDICACIONES DE LAS MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

**CONCURSO OTORGAMIENTO ASIGNACIÓN DE**

**RESPONSABILIDAD ESTABLECIDA EN LOS ART. 76, 77, 78**

**Y 79 DEL DL Nº 2.763 de 1979**

El/la suscrito certifica que D. XXXXXXX XXXXX XXXXXX XXXXXXX R.U.N. XX.XXX.XXX-X, funcionario/a Titular/Contrata grado X° de la planta de PROFESIONAL de este establecimiento, **NO** ha sido objeto de medida disciplinaria de multa, censura o suspensión, en los doce meses anteriores a la fecha de convocatoria del Concurso de Asignación de Responsabilidad Ley 18.834.

Se extiende el presente certificado para dar cumplimiento a lo establecido en las Bases Concurso Otorgamiento Asignación de Responsabilidad año 202x del Hospital San José de Coronel.

Sin otro particular, atentamente,

**Coronel,** XX de XXXX 202X.