# **ANEXO 1.**

## **CURRÍCULUM VITAE RESUMIDO. (SUGERIDO POR S.G.D.P)**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

* + - 1. **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | | **Apellido Materno** | |
|  | |  | |
| **Correo Electrónico** | | | |
|  | | | |
| **Dirección Domicilio (para envío de carta certificada)** | | | |
|  | | | |
| **Teléfono Particular (área – Numero)** | **Teléfono Móvil** | | **Otro Teléfono de Contacto** |
|  |  | |  |

* + - 1. **IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN.**

**(Indique la unidad de responsabilidad de gestión a la cual postula)**

|  |
| --- |
| **Unidad de Gestión.** |
|  |

### TITULO(S) PROFESIONAL(ES) Y/O GRADO(S) ACADEMICO(S).

**(Completar solo si corresponde, indicando solo aquellos debidamente certificados.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título Profesional o Grado Académico** | |
|  | |
| **Ingreso (mm/aa)** | **Egreso (mm/aa)** |
|  |  |
| **Fecha de Titulación (dd/mm/aa)** | **Duración de la Carrera**  **(indicar en número de semestres)** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título Profesional o Grado Académico** | |
|  | |
| **Ingreso (mm/aa)** | **Egreso (mm/aa)** |
|  |  |
| **Fecha de Titulación (dd/mm/aa)** | **Duración de la Carrera**  **(indicar en número de semestres)** |
|  |  |

### ANTECEDENTES ACADEMICOS DE POSTGRADO

**(Indicar solo aquellos con certificados. Los demás no serán ponderados ni considerados. Si es reconocimiento de Especialidad, indicar Institución que la certifico)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Magister / Diplomado - 1** | | | |
|  | | | |
| **Centro Formador** | | | |
|  | | | |
| **Desde (mm/aa)** | **Hasta (mm/aa)** | **Duración (Horas)** | **Nota Aprobación** |
|  |  |  |  |
| **Magíster / Diplomado –2** | | | |
|  | | | |
| **Centro Formador** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Desde (mm/aa)** | **Hasta (mm/aa)** | **Duración (Horas)** | **Nota Aprobación** |
|  |  |  |  |

### ÚLTIMO CARGO DESARROLLADO O EN DESARROLLO.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cargo** | | | |
|  | | | |
| **Grado** | | | |
|  | | | |
| **Unidad o Servicio de Desempeño** | **Desde (mm/aaa a)** | **Hasta (mm/aaa a)** | **Duración del Cargo (aa/mm)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales (Descripción general de funciones realizadas y principales logros)** | | | |
|  | | | |

* + - 1. **TRAYECTORIA LABORAL**

**Además del anterior, indique sus últimos dos puestos de trabajo, si corresponde**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARGO** | | | |
|  | | | |
| **Institución/Empresa** | | | |
|  | | | |
| **Depto., Gerencia, Unidad o Área de Desempeño** | **Desde (dd/mm/aa)** | **Hasta (dd/mm/aa)** | **Duración del Cargo (dd/mm/aa)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales (Descripción general de funciones realizadas y principales logros)** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARGO** | | | |
|  | | | |
| **Institución/Empresa** | | | |
|  | | | |
| **Depto., Gerencia, Unidad o Área de Desempeño** | **Desde (dd/mm/aa**  **)** | **Hasta (dd/mm/a a)** | **Duración del Cargo**  **(dd/mm/aa)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales (Descripción general de funciones realizadas y principales logros)** | | | |
|  | | | |

# **ANEXO 2**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

**CONCURSOINTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD – LEY Nº19664**

Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en las penas establecidas en el Artículo 193º de Código Penal.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | | | NOMBRES | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| RUT | LEY AFECTO | HORAS CONTRATADAS | | | | | ETAPA / NIVEL | |
|  |  |  | | | | |  | |
| UNIDAD DE DESEMPEÑO | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | TELEFONO | |
|  |  | | | | | |  | |
| TITULO PROFESIONAL |  | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | | | |
| FECHA DEL TITULO |  | | N° REGISTRO SUPERSALUD | | |  | | |
| ESPECIALIDAD |  | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | FECHA ESPECIALIDAD | | |  |
| TITULO SUBESPECIALISTA |  | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | | | |
| FECHA SUBESPECIALIDAD |  | | | | | | | |
| **ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| TIMBRE DE OFICINA DE PARTES Y FECHA DE RECEPCIÓN | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

# **ANEXO 3.**

## **REGISTRO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS.**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

#### CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
| ASIGNACIÓN A LA QUEPOSTULA |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS** | | | |
| **NUMERO** | **FACTOR A EVALUAR.** | **DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR** | **CANTIDAD DOCUMENTOS PRESENTADOS** |
|  | CURRICULUM | CURRICULUM |  |
| 11.9.1 | CALIFICACIONES | CERTIFICADO ULTIMA CALIFICACION |  |
|  | RELACION DE SERVICIO | CERTIFICADO RELACION DE SERVICIO |  |
|  | ANTECEDENTES Y OTROS | ANTECEDENTES Y CERTIFICACIONES O COPIAS AUTORIZADAS ANTE NOTARIO |  |
| 11.1 | AÑOS TRABAJADOS EN POSESION DEL TITULO | CERTIFICADO DE TITULO |  |
| 11.2 | AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD | CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD |  |
| 11.3 | DESEMPEÑO DE CARGOS CLINICOS | RELACION DE SERVICIO |  |
| 11.4 | DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURA | RESOLUCIONES DE ENCOMENDACION DE FUNCIONES |  |
| 11.5 | DESEMPEÑO DOCENTE | CERTIFICACION DEL SUBDIRECTOR MEDICO |  |
| 11.6.1 | POSTGRADOS Y POSTITULOS EN GESTION Y ADMINSITRACION | CERTIFICADO DE TITULO |  |
| 11.6.2 | OTROS POSTGRADOS Y POSTITULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR | CERTIFICADO DE TITULO |  |
| 11.6.3 | ASISTENCIA A ACTIVIDADES  DEPERFECCIONAMIENTO | DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIUM Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIÓ |  |
| 11.7.1 | TRABAJOS CIENTIFICOS | COPIA DE TITULO DE LA PUBLICACION QUE INCLUYA TITULO Y PARTCIPACION COMO AUTOR O COAUTOR |  |
| 11.7.2 | OTRAS PUBLICACIONES |  |
| 11.8 | PERTENENCIA A INSTITUCIONES  NO UNIVERSITARIAS | CERTIFICADO DE CADA INSTITUCIÓN |  |
| 11.9.2 | ANOTACIONES DE MÉRITO | ANOTACIONES DE MÉRITO |  |
| 11.9.3 | CURSOS EN HABILIDADES BLANDAS Y LIDERAZGO | CERTIFICADO ACADEMICO |  |
| **TOTAL DE DOCUMENTOS.** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

# **ANEXO 4**

## **FORMULARIO DE DESISTIMIENTO**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | |
|  |  | |  | |
| RUT | LEY AFECTO | HORAS CONTRATADAS | | ETAPA / NIVEL |
|  |  |  | |  |
| UNIDAD DE  DESEMPEÑO | CORREO ELECTRÓNICO | | | TELEFONO |
|  |  | | |  |
| **ASIGNACIÓN A LA QUE DESISTE** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

Por este intermedio vengo a desistir de la postulación a la (s) Asignación de Responsabilidad

señaladas anteriormente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DEL DESISTIMIENTO |  | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

# **ANEXO 5**

## **DOCUMENTO DE APELACIÓN**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
| ASIGNACIÓN A LA QUE APELA |  | |

Señores Comisión de Apelación, por este intermedio vengo a apelar al puntaje obtenido, según el siguiente fundamento:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE LA APELACIÓN |  | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

# **ANEXO 6**

## **DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

Sr. Ricardo Contreras

Director del Hospital Clínico de Magallanes Presente

De mi consideración:

Yo, , RUT

, por este intermedio vengo a informar a usted que he decidido acepar la Asignación

y el ejercicio de las funciones de Jefe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Hospital Clínico de Magallanes

Atentamente,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE LA ACEPTACIÓN |  | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |

# **ANEXO 7**

## **PUNTAJES OBTENIDOS REVISIÓN DE ANTECEDENTES**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

#### CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADDECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

|  |  |
| --- | --- |
| RUN POSTULANTE |  |
| ASIGNACIÓN A LA QUEPOSTULA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO** | **FACTOR A EVALUAR** | **OBSERVACION** | **PUNTAJE DEL**  **FACTOR** |
| 11.1 | AÑOS TRABAJADOS EN POSESION DEL TITULO |  |  |
| 11.2 | AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD |  |  |
| 11.3 | DESEMPEÑO DE CARGOS CLINICOS |  |  |
| 11.4 | DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURA |  |  |
| 11.5 | DESEMPEÑO DOCENTE |  |  |
| 11.6.1 | POSTGRADOS Y POSTITULOS EN GESTION Y ADMINSITRACION |  |  |
| 11.6.2 | OTROS POSTGRADOS Y POSTITULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO  ANTERIOR |  |  |
| 11.6.3 | ASISTENCIA A ACTIVIDADES  DEPERFECCIONAMIENTO |  |  |
| 11.7.1 | TRABAJOS CIENTIFICOS |  |  |
| 11.7.2 | OTRAS PUBLICACIONES |  |  |
| 11.8 | PERTENENCIA A INSTITUCIONES  NO UNIVERSITARIAS |  |  |
| 11.9 | IDONEIDAD Y COMPETENCIA |  |  |
| **PUNTAJE PRELIMINAR OBTENIDO** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  FIRMA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CONCURSO | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  FIRMA SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE CONCURSO |

# **ANEXO 8**

## **NÓMINA PUNTAJES PRELIMINARES OBTENIDOS EN COMISIÓN DE CONCURSO**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |  | FIRMA SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |

# **ANEXO 9**

## **CARTA INFORMA RESULTADO CONCURSO**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

Señor (a) XXXXXXXXXXXXXXXX

En consideración a lo establecido en el artículo Nº11 del Decreto Nº29, de 2015, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de la Asignación de Responsabilidad de los Profesionales funcionarios a que se refieren el artículo 34 letra c) de la Ley Nº19.664 y el artículo 3 de la Ley Nº19.198, informo a usted los resultados provisorios del proceso de concurso, según puntaje obtenido por Asignación.

En caso de que lo considere pertinente podrá apelar respecto a su puntaje, para lo cual deberá completar el formulario de apelación (ANEXO N°5) y entregarlo en la Unidad de Personal en un plazo de 10 días hábiles contados desde la fecha de envío señalada en el sobre de esta comunicación. Si vencido este plazo no se recepciona su apelación se entenderá que acepta el puntaje obtenido.

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE OBTENIDO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Atentamente,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |  | FIRMA SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |

# **ANEXO 10**

## **NÓMINA PUNTAJES FINALES OBTENIDOS EN COMISIÓN DE APELACIÓN**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE PRELIMINAR** | **PUNTAJE FINAL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE PRELIMINAR** | **PUNTAJE FINAL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |  | FIRMA SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |

# **ANEXO 11**

## **CARTA INFORMA RESULTADO APELACIÓN**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

Señor (a) XXXXXXXXXXXXXXXX

En consideración a lo establecido en los artículos Nº12 y Nº13 del Decreto Nº29, de 2015, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de la Asignación de Responsabilidad de los profesionales funcionarios a que se refieren el artículo 34 letra c) de la Ley Nº19.664 y el artículo 3 de la Ley Nº19.198, informo a usted los resultados finales del proceso de concurso, según puntaje obtenido por Asignación.

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE PRELIMINAR** | **PUNTAJE FINAL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASIGNACIÓN: JEFE DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUT DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA** | **PUNTAJE PRELIMINAR** | **PUNTAJE FINAL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |  | FIRMA SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE  CONCURSO |

# **ANEXO 12**

## **CARTA INFORMA OBTENCIÓN DE ASIGNACIÓN**

### HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADDECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

Señor (a) XXXXXXXXX XXXXXXX

En consideración a lo establecido en el artículo Nº14 del Decreto Nº29, de 2015, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de la Asignación de Responsabilidad de los Profesionales Funcionarios a que se refieren el artículo 34 letra c) de la Ley Nº19.664 y el artículo 3 de la Ley Nº19.198, informo a usted que, producto de los resultados obtenidos, posee el puntaje más alto para optar a la jefatura del Servicio Clínico (o Unidad de Apoyo) de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, la cual se hará efectiva a partir del XX-XX- 20XX.

Según lo señalado, debe presentar documento de aceptación en el Depto. de Planificación, perteneciente a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, para hacer efectiva su aceptación a la Asignación obtenida, en un plazo de 5 días hábiles contados desde la fecha de envío señalada en el sobre de esta comunicación. Si vencido este plazo no se recepciona su aceptación se entenderá que rechaza la Asignación y el desempeño de las funciones.

Saluda Atentamente a usted,

DIRECTOR HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES