**ANEXO I**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**CONCURSO INTERNO HRC**

**1. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº Cedula Identidad | |  | |
| Nombres | | Apellidos | |
|  | |  | |
| Correo Electrónico Autorizado para el presente Proceso | | | |
|  | | | |
| Teléfono Particular | Teléfono Móvil | | Otros Teléfonos Contacto |
|  |  | |  |
| Ciudad de Residencia | Domicilio | | |
|  |  | | |

**2. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título** | | **Universidad** |
|  | |  |
| Fecha Egreso (dd,mm,aaaa) | Duración de la carrera (indicar número semestres) | |
|  |  | |

**3. IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN (indica con X su postulación)** | |
| HRC/ENF |  |

Declaro, asimismo, que poseo vinculación vigente con el Hospital Regional Coyhaique (reemplazo, suplencia, honorarios, compra de servicio.)

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

Fecha Nombre y Firma Postulante

**ANEXO II**

**CURRICULUM RESUMIDO**

(Sin perjuicio de completar el presente formulario, el postulante debe adjuntar certificación de respaldo).

1. **IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Cedula Identidad |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno |
|  |  |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título** |  |
| **Fecha** (dd,mm,aaaa): |  |

1. **CAPACITACIÓN PERTINENTE**

(Capacitaciones, Cursos, Seminarios, Diplomados. Indicar solo aquellos con certificados)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre curso** | **Institución Formadora** | **Desde**  **(dd-mm-aa)** | **Hasta**  **(dd-mm-aa)** | **Horas Duración** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL HORAS DE CAPACITACIÓN** | | | |  |

(\*) En caso de que los cursos de Capacitación hayan sido realizados en una institución pública, será válido certificado resumen de estas con firma y timbre de encargado del área Capacitación de la respectiva Institución.

1. **ACTIVIDADES DE FORMACIÓN**

Indicar sólo aquellos con certificados, los demás no serán ponderados ni considerados

* 1. Doctorado / magíster / master:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del doctorado / magíster / master: |  |
| Universidad: |  |
| Fecha obtención Grado Académico: |  |

* 1. Licenciaturas (que no hayan sido obtenidas en conjunto y que no guarden relación directa con el título profesional)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de Licenciatura |  |
| Universidad: |  |
| Fecha obtención Grado Académico: |  |

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

(Sólo cuando corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\*) Años de Permanencia en el  Cargo | Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas | | | |
| 1.- | | | |
| 2.- | | | |
| 3.- | | | |
| 4.- | | | |
| 6.- | | | |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo.

**6. TRAYECTORIA LABORAL**

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

6.1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\*) Años de Permanencia en el  Cargo | Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Funciones Principales Realizadas |
| 1.- |
| 2.- |
| 3.- |
| 4.- |
| 5.- |
| 6.- |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo. (Años, meses, días)

6.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\*) Años de Permanencia en el  Cargo | Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Funciones Principales Realizadas |
| 1.- |
| 2.- |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo. (años, meses, días)

6.3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\*) Años de Permanencia en el  Cargo | Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas | | | |
| 1.- | | | |
| 2.- | | | |
| 3.- | | | |
| 4.- | | | |
| 5.- | | | |
| 6.- | | | |

(\*) Usted deberá indicar años, meses y días en qué permaneció en el cargo.

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE**

FECHA:

**ANEXO III**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

En Coyhaique a………. de…………………………… del 2025, yo,…………………………………………………………………………………………………..

Cédula de Identidad N°…………………………………. Declaro BAJO **JURAMENTO** lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, de acuerdo al artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria, de acuerdo a la letra e) del artículo 12° del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo.
* No tener vigente ni suscrito, por sí ni por terceros, contratos o cauciones con el Servicio Salud Aysén, ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, según lo establece el párrafo uno de la letra a) del artículo 54° de la Ley N° 18.575;
* No tener litigios pendientes con el Servicio de Salud Aysén, según lo establece el párrafo dos de la letra a) del artículo 54° de la Ley N° 18.575, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los Directores, Administradores, Representantes o Socio Titular del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, ni tener litigios pendientes con el Servicio de Salud Aysén, según lo establece el párrafo tercero de la letra a) del artículo 54° de la Ley N° 18.575
* No tener la calidad de cónyuge, hijo, adoptados o ser 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 Aysén y Hospital Regional Coyhaique, hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente, inclusive, según se establece en la letra b) del artículo 54° de la Ley N° 18.575;

……………………………………………………….

Firma Postulante**”**

**ANEXO IV**

**CARTA DE APELACIÓN A PUNTAJE**

CARGO TENS/UPC PEDIATRICA, HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A:** | **DR. DANIEL JARA ESPINOZA**  **DIRECTOR (s) HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE** |  |
| **DE:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger mi apelación al puntaje del Proceso Reclutamiento y Selección interno, publicado el día ………………………., en el(los) siguiente(s) etapas:

ETAPA\_\_\_\_\_\_\_

Puntos Preliminar \_\_\_\_\_ / Puntos Esperados \_\_\_\_\_\_

**Argumentación de Apelación:**

|  |
| --- |
| De acuerdo a la observación a mi puntaje preliminar:  “………………………………………………………………………………………………………”. presentado en primera instancia:  Con lo anterior espero subir de: ……. a……. Puntos en este subfactor. |

Firma Sr(a/ta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_