



FORMULARIO DE POSTULACIÓN
CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD
DECRETO N°29/2015 DE SALUD - LEY N°19664

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
RUT	LEY AFECTO	HORAS CONTRATADAS	ETAPA / NIVEL
UNIDAD DE DESEMPEÑO	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO
TÍTULO PROFESIONAL			
UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN			
FECHA DEL TÍTULO		N.º REGISTRO SUPERSALUD	
ESPECIALIDAD			
UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN		FECHA	ESPECIALIDAD
TÍTULO SUBESPECIALISTA			
UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN			
FECHA SUBESPECIALIDAD			
ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA			

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

TIMBRE Y FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO
-----------------------------	--------------------------------



REGISTRO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS
CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD
DECRETO N°29/2015 DE SALUD - LEY N°19664

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA		

LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS			
NUMERO	FACTOR A EVALUAR	DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR	CANTIDAD DOCUMENTOS PRESENTADOS
7.2.A.	AÑOS TRABAJADOS EN POSESIÓN DEL TÍTULO	CERTIFICADO DE TÍTULO	
7.2.B.	AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD	CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD	
7.2.C.	DESEMPEÑO DE CARGOS CLÍNICOS	RELACION DE SERVICIO	
7.2.D.	DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURA	RESOLUCIONES DE ENCOMENDACION DE FUNCIONES	
7.2.E.	DESEMPEÑO DOCENTE	CERTIFICACION DEL SUBDIRECTOR MEDICO	
7.2.F.1.	POSTGRADOS Y POSTTÍTULOS EN GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN	CERTIFICADO DE TÍTULO	
7.2.F.2.	OTROS POSTGRADOS Y POSTTÍTULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR	CERTIFICADO DE TÍTULO	
7.2.F.3.	ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO	DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIUM Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIÓ	
7.2.G.1.	TRABAJOS CIENTÍFICOS	COPIA DE TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN QUE INCLUYA TÍTULO Y PARTICIPACIÓN COMO AUTOR O COAUTOR	
7.2.G.2.	OTRAS PUBLICACIONES		
7.2.H	PERTENENCIA A INSTITUCIONES NO UNIVERSITARIAS	CERTIFICADO DE CADA INSTITUCIÓN	
TOTAL DE DOCUMENTOS			

TIMBRE Y FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO
-----------------------------	--------------------------------