



FORMULARIO DE POSTULACIÓN
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 | | | TELÉFONO |
| | | | | | |
| TÍTULO PROFESIONAL | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN | | | | | |
| FECHA DEL TÍTULO | | | | Nº 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 Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664

| | | |
|-----------------------------|------------------|---------|
| 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 POSESION DEL TITULO | CERTIFICADO DE TITULO | |
| 7.2.B. | AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD | CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD | |
| 7.2.C. | DESEMPEÑO DE CARGOS CLINICOS | 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 POSTITULOS EN GESTION Y ADMINSTRACION | CERTIFICADO DE TITULO | |
| 7.2.F.2. | OTROS POSTGRADOS Y POSTITULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR | CERTIFICADO DE TITULO | |
| 7.2.F.3. | ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO | DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIUM Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIÓ | |
| 7.2.G.1. | TRABAJOS CIENTIFICOS | COPIA DE TITULO DE LA PUBLICACION QUE INCLUYA TITULO Y PARTCIPACION 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 |
|-----------------------------|--------------------------------|