**ANEXO B**

**PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL CONCURSO PROCESO DE SELECCIÓN PARA BIOQUÍMICOS INGRESO AÑO 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad**  |  |
| **Teléfono** |  |
| **E-mail** |  |
| **Dirección particular** |  |
| **Establecimiento de desempeño** |  |
| **Profesión** |  |
| **Especialidad de postulación** |  |

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

**FIRMA**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**ANEXO C**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN PARA**

**BIOQUÍMICOS AÑO 2025**

**INGRESO AÑO 2023**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Número de Folio |  |  |  |  | Meses de Antigüedad |  |

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contrato vigente Ley 19.664 (marque con una “X”: Si\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de documentos presentados** |
| **B** | Presentación de postulación |  |
| **C** | Formulario de postulación |  |
| **D** | Carta de respaldo del establecimiento de origen |  |
| **E** | Declaración jurada simple |  |
| **N°1** | Antigüedad Laboral (Relación de Servicio y Hoja de Vida) |  |
| **N°2.1** | Experiencia Laboral en Laboratorio Clínico (Certificada) |  |
| **N°2.2** | Protocolos (Formalizados por Resolución) |  |
| **N°3** | Capacitación o perfeccionamiento (Certificados o SIRH) |  |
| **Nº4** | Calificaciones (Hoja de Vida) |  |
| **N°5** | Trabajos científicos (Congresos o Publicaciones en Revistas) |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO.**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**ANEXO D**

**CARTA RESPALDO DEL DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO**

El/la Director/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Establecimiento, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, informa que está en conocimiento de la postulación al proceso de selección de financiamiento Ministerial para acceder a programa de especialidad en Laboratorio Clínico, del/la **Sr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** con jornada de 44 horas Ley N°19.664, calidad jurídica titular o contrata, y respalda dicha postulación ya que se encuentra en concordancia con las áreas de interés y desarrollo institucional de nuestro establecimiento, representando brechas prioritarias y necesarias para mejorar la respuesta asistencial ante las necesidades de nuestra comunidad usuaria.

Se estima también, que la participación en el programa de formación por parte del postulante, si obtuviese cupo, no alterará el funcionamiento del Servicio al que pertenece el postulante ni se verá perjudicada la oportunidad y continuidad de la atención de los usuarios.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA**

**DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO**

**V°B° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN ASISTENCIAL DEL ESTABLECIMIENTO**

**V°B° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA JEFE DE SERVICIO CLÍNICO DEL POSTULANTE O JEFE DIRECTO**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**ANEXO E**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

 Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como tampoco contar con una especialidad autofinanciada (programa regular, magíster o doctorado homologado a la especialidad).

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

Firma Postulante

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**ANEXO N°1**

**ANTIGÜEDAD LABORAL**

El establecimiento de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Servicio de Salud Metropolitano Central \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que Don/ña:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se encuentra contratado/a en las siguientes condiciones:

Ley 19.664 – Jornada 44 horas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ley 19.664 – otra jornada de desempeño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Otra calidad jurídica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Además, certifico que el/la profesional respecto a Permisos sin Goce de remuneraciones (Marcar con X):**

No Presenta: \_\_\_\_.

Si presenta: \_\_\_\_, en el siguiente periodo:

F. Inicio: ……/……/…… F. Término: ……/……/…… Total de días: …….

F. Inicio: ……/……/…… F. Término: ……/……/…… Total de días: …….

F. Inicio: ……/……/…… F. Término: ……/……/…… Total de días: …….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adjunta relación de servicios | SI | NO |
| Adjunta hoja de vida (verificación de PSG) | SI | NO |

 **Cargo y Nombre Firma y Timbre**

# (Departamento de SGyDP o Depto. de Gestión de las Personas)

# Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

#

**ANEXO N°2.1**

**EXPERIENCIA LABORAL**

Quien suscribe, certifica que Don/ña\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado, en el(los) siguiente(s) cargo(s) y con las funciones específicas que más abajo se detallan, durante el tiempo que se indica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARGO Y FUNCIÓN** (indicar nombre del cargo, estamento al que pertenece, detalle de las funciones realizadas) | **Desde**día/mes/año | **Hasta**día/mes/año |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se extiende el presente certificado, que tiene el carácter de declaración jurada simple, a solicitud de quien postula para los fines de acreditar experiencia específica, antecedente que servirá de base para evaluar su postulación a concurso.

Jefatura de SGyDP o Personal de RRHH:

 **Cargo y Nombre Firma y Timbre**

Jefatura Directa:

 **Cargo y Nombre Firma y Timbre**

# Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**ANEXO N°2.2**

**PROTOCOLOS**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº ORDEN | NOMBRE PROTOCOLO, NORMA O GUÍA | PUNTAJE (USO EXCLUSIVO COMISIÓN) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:** Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes.

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **CANTIDAD DE DOCUMENTOS** |
| Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Servicio de Salud relacionada con farmacia clínica o laboratorio clínico |  |
| Actualización de normas, guías o protocolos |  |
| Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Establecimiento, relacionada con farmacia clínica o laboratorio clínico |  |
| Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Servicio de Salud relacionada con farmacia clínica |  |
| Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Servicio de Salud |  |
| Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Establecimiento, relacionada con farmacia clínica |  |

 **FIRMA**

**FECHA**

**ANEXO N°3**

FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO AÑO 2025

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado individual adjunto o certificado de SIRH. **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **Nº HORAS PEDAGÓGICAS** | **APROBADO CON NOTA** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*\* Deberá acompañar reporte del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) firmado en cada una de sus páginas por jefe de capacitación del respectivo establecimiento o cada uno de los Certificados de la actividad. Estos deben ser originales, digitalizados a color o legalizados ante notario o ministro de fe.

 **NOMBRE / FIRMA / TIMBRE**

**FECHA**

**ANEXO Nº 4**

**INFORME DE CALIFICACIONES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | RUT |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Período  | Lista de calificación | Puntaje |
| 2024 (o 2023) |  |  |

NOMBRE / FIRMA Y TIMBRE Subdirector/a GyDP o de Personal del establecimiento:

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

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Documento | Cantidad |
| Hoja de Vida con registro de calificación |  |

**ANEXO N°5**

**TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS AÑO 2025**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de trabajo | **Cantidad** |
| Trabajos publicados en Revistas con Comité Editorial. |  |
| Trabajos comunicados en Congreso Científico. |  |

 **FIRMA POSTULANTE**

**FECHA**