



**SUBDIRECCION**

**GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS**

**DEPTO.**

**GESTION DE PERSONAS**

**ANEXO Nº 1**

**SOLIC**

**ITUD DE POSTULACIÓN CONCURSO DE**

**PROMOCIÓN AÑO 2025**

**DE LA PLANTA DE DIRECTIVOS DE CARRERA**

**Y DE PROFESIONALES**

**LEY Nº 18.834**

**(Llenar con letra imprenta)**

**1.**

**-**

**IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

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

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

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

R.U.T.

FECHA .NAC

. \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DD

MM

AA

Nacionalidad

Teléfono

: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.**

**-**

**ANTECEDENTES PROFESIONALES**

Título :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Universidad o Instituto Profesional o

Sede

DD MM AA

Centro de Formación Técnica

(Fecha de Titulo)

**3.**

**-**

**CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

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

Establecimiento

Servicio o Unidad Grado EUS Función

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**USO EXLUSIVO SERVICIO DE SALUD**

-

--

Fecha Recepción \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20

25

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS**

##### DEPTO. GESTION DE PERSONAS

ANEXO 2

LISTADO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS AL CONCURSO INTERNO DE PROMOCION

PROCESO 2025

Yo, D.

Funcionario (a) del establecimiento

entrego los antecedentes para mi postulación al Concurso de Promoción de las Plantas de Directivos de Carrera y de Profesionales, Proceso 2025.

1.- Factor de Capacitación Pertinente:

|  |
| --- |
| **1.-** |
| **2.-** |
| **3.-** |
| **4.-** |
| **5.-** |
| **6.-** |
| **7.-** |
| **8.-** |

2.- Factor de Evaluación de Desempeño:

|  |
| --- |
| **1.-** |
| **2.-** |
| **3.-** |

3.- Factor de Experiencia Calificada:

|  |
| --- |
| **1.-** |
| **2.-** |
| **3.-** |
| **4.-** |

4.- Factor de Aptitud para el Cargo:

|  |
| --- |
| **1.-** |
| **2.-** |
| **3.-** |
| **4.-** |
| **5.-** |

Fecha Recepción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

Hora de recepción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funcionario que Recibe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota: Se debe detallar el listado de los documentos que se entregan, como forma de respaldo para este proceso. En aquellos que sean copias del documento original, deberán ser refrendados por el funcionario receptor del Departamento de Gestión de Personas o Unidad de Personal del Establecimiento o Gestión de Personas de la Dirección del Servicio de Salud.



**SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS**

##### DEPTO. GESTION DE PERSONAS

ANEXO Nº 3

CERTIFICADO DE ANTIGÜEDADES CONCURSO PROMOCION DE DIRECTIVOS DE CARRERA Y DE PROFESIONALES AÑO 2025 LEY N° 18.834

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado Planta: Directivos Profesionales Establec.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### **ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO**

Mide en cantidad de años y meses, el tiempo servido en la Administración del Estado, el cual incluye el tiempo servido como empleado de las ex corporaciones que administraron los establecimientos del Servicio de Salud M. Central, al 31 de julio de 2025.

**AÑOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ MESES\_\_\_\_\_\_\_\_/**

###### **ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO**

Mide en cantidad de años y meses, el tiempo servido en los establecimientos del Servicio de Salud M. Central, como funcionario público en calidad de planta o a contrato, o como empleado de las ex corporaciones que administraron establecimientos del Servicio, al 31 de julio de 2025 sin tope por efectos del encasillamiento del año 1980.

**AÑOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ MESES\_\_\_\_\_\_\_\_/**

###### **ANTIGÜEDAD EN LA PLANTA DE DIRECTIVOS O DE PROFESIONAL**

Mide en cantidad de años y meses, el tiempo servido en la planta de directivos de carrera o de profesional en los establecimientos del Servicio de Salud M. Central en calidad de titular o, como empleado de las ex corporaciones que administraron los consultorios y el Hospital Clínico San Borja Arriaran (ex Paula Jaraquemada), asimilable a las mismas, al 31 de julio de 2025.

###### **AÑOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ MESES\_\_\_\_\_\_\_\_/**

###### **ANTIGÜEDAD EN EL GRADO**

Mide en cantidad de años y meses, el tiempo que el funcionario ha permanecido en el grado en calidad de titular que actualmente ostenta, al 31 de julio de 2025.

**AÑOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ MESES\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO**

Última Calificación año 2023-2024

**TRES ÚLTIMAS CALIFICACIONES**: se exceptúa la correspondiente al año 2023-2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  |  |  |
| **Calificación** |  |  |  |

...........................................................................

 Nombre y firma de

Jefe Depto. Gestión de Personas o Unidad de Personal

**Nombre Establecimiento**

Santiago ..........,de................................de 2025



**SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS**

##### DEPTO. GESTION DE PERSONAS

ANEXO 4

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO**

**CONCURSO DE PROMOCION PLANTAS DIRECTIVOS DE CARRERA Y PROFESIONALES**

**PROCESO 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE FUNCIONARIO** |  |
| **RUT** |  | **PLANTA ACT.** |  | **GRADO ACT.** |  |
| **ESTABLECIMIENTO** |  |

ULTIMA CALIFICACIÓN AÑO 2023-2024 LISTA

ULTIMA CALIFICACIÓN AÑO 2023-2024 LISTA

MEDIDAS DISCIPLINARIAS

CENSURA SI Nº FECHA NO

 FECHA NO

 FECHA NO

Nota: Si es más de una medida disciplinaria de censura, indicar el número y fecha de cada una

MULTA SI FECHA NO

 SI FECHA NO

 SI FECHA NO

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

FIRMA JEFE DEPTO. GESTIÓN DE PERSONAS

Fecha: \_\_\_/\_\_\_\_/2025