

ANEXO Nº 1

FORMULARIO DE POSTULACION

# IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUT :

FECHA DE NACIMIENTO :

DOMICILIO PARTICULAR :

(Donde enviar correspondencia)

CORREO ELECTRONICO:

# CARGO ACTUAL

SECTOR PUBLICO :

(Marque con una X)

SECTOR PRIVADO :

(Marque con una X)

INSTITUCION :

CARGO :

GRADO :

PERIODO :

DIRECCIÓN :

FONO :

NOTA: Se sugiere para una mejor lectura de la información, que este formulario sea llenado a máquina o cumputacionalmente. Esta planilla estará disponible en el sitio web www.saludohiggins.cl

--------------------------------------

# DOCUMENTOS ENTREGADOS

ANEXO Nº 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| USO EXCLUSIVO DEPTO. RECURSOS HUMANOS U OFICINA DE PERSONAL DE LOS HOSPITALES DE LA REGION | PRESENTA DOCUMENTO | |
| SI | NO |
| 1.- Cumplimiento Requisitos de Planta |  |  |
| 2. Declaración Jurada |  |  |
| 3.- Experiencia Laboral |  |  |
| 3.1.- Relación de Servicios |  |  |
| 4.- Actividades de Capacitación |  |  |
| 5.- Certificado Calificaciones |  |  |
| 6.- Certificado de puntualidad |  |  |
| 7.- Certificado de licencias médicas |  |  |
| 8.- Certificado de anotaciones de mérito y de demérito |  |  |
| 9.- Otros antecedentes (detallar) |  |  |

# RESUMEN CAPACITACIONES

ANEXO Nº 3

Debe ser completado por el postulante de manera digital, adjuntando copias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | FECHA DE LA ACTIVIDAD | HORAS CRONOLOGICAS | HORAS PEDAGOGICAS | NOTA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## TABLA DE CONVERSION HORAS CRONOLÓGICAS A PEDAGOGICA

ANEXO Nº 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HRS. CRONOLOGICAS | HORAS PEDAGOGICAS | HRS. CRONOLOGICAS | HORAS PEDAGOGICAS |
| *5* | 7 | *33* | 44 |
| *6* | 8 | *34* | 45 |
| *7* | 9 | *35* | 47 |
| *8* | 11 | *36* | 48 |
| *9* | 12 | *37* | 49 |
| *10* | 13 | *38* | 51 |
| *11* | 15 | *39* | 52 |
| *12* | 16 | *40* | 53 |
| *13* | 17 | *41* | 55 |
| *14* | 19 | *42* | 56 |
| *15* | 20 | *43* | 57 |
| *16* | 21 | *44* | 59 |
| *17* | 23 | *45* | 60 |
| *18* | 24 | *46* | 61 |
| *19* | 25 | *47* | 63 |
| *20* | 27 | *48* | 64 |
| *21* | 28 | *49* | 65 |
| *22* | 29 | *50* | 67 |
| *23* | 31 | *51* | 68 |
| *24* | 32 | *52* | 69 |
| *25* | 33 | *53* | 70 |
| *26* | 35 | *54* | 72 |
| *27* | 36 | *55* | 73 |
| *28* | 37 | *56* | 74 |
| *29* | 39 | *57* | 76 |
| *30* | 40 | *58* | 77 |
| *31* | 41 | *59* | 78 |
| *32* | 43 | *60* | 80 |

1. Horas Cronológicas a Pedagógicas: (Hrs. Cronol. X 60) : 45 o Hrs. Cronológicas X 1.33

2) Horas Pedagógicas a Cronológicas : (Hrs. Pedag. X 45) : 60 o Hrs. Pedagógicas X 0.75

# RESUMEN EXPERIENCIA LABORAL

ANEXO Nº 5

Este apartado, debe ser completado por el postulante de manera digital.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESTAMENTO (1) | AÑOS (3) | TIPO DE EMPRESAS (2) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(1) En este campo se deben consignar los siguientes tipos de conceptos según corresponda la función desarrollada: **AUXILIAR, ADMINISTRATIVOS, TÉCNICO, PROFESIONAL**

(2) En este campo se deben consignar los siguientes tipos de conceptos según corresponda el tipo de empresa: **SERVICIOS DE SALUD, OTROS SERVICIOS PÚBLICOS, ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS**

Tendrán ponderación solo aquellos periodos donde se ejecutaron actividades como técnicos, siempre que sea claramente certificada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA RECEPTOR** |  | **FECHA** |
|  |  |  |
| **FIRMA POSTULANTE** |  | **FECHA** |



ANEXO Nº 6

C E R T I F I C A C I O N C A L I F I C A C I O N

NOMBRE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ULTIMAS CALIFICACION:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PERIODO | LISTA | PUNTAJE | USO DE LA COMISIÓN |
|  |  |  |  |

* NOTAS DE MÉRITO: **REGISTRA Nº NO REGISTRA**

**(último periodo evaluado)**

* NOTAS DE DEMÉRITO: **REGISTRA Nº NO REGISTRA**

**(último periodo evaluado)**

CERTIFICACION MEDIDAS DISCIPLINARIAS

**(último año)**

**REGISTRA NO REGISTRA**

MEDIDA APLICADA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESOL. QUE APLICA MEDIDA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAUSAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

## FIRMA JEFE DE PERSONAL

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