



**FORMULARIO DE POSTULACION  
CONCURSO INTERNO DE PROMOCIÓN  
PROFESIONALES TITULARES  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**

**1.- IDENTIFICACION**

APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRES	
RUN	
CORREO ELECTRONICO	
ESTABLECIMIENTO	
UNIDAD DE TRABAJO	
NACIONALIDAD	

2.- ¿Usted se encuentra en una situación de discapacidad?  SI  NO

En caso que su respuesta sea afirmativa, favor indicar y adjuntar copia del medio verificador

**3.- IDENTIFICACION DEL GRADO QUE ACTUALMENTE POSEE**

<b>GRADO ACTUAL EUS°</b>

FIRMA DEL POSTULANTE	
FECHA	

<b>RECEPCION DEL FORMULARIO 1</b> (Uso Exclusivo Oficina de Personal del establecimiento o Unidad de Procesos de Carrera Funcionaria DSS)	
Nombre/ Firma y Timbre de Revisor	
Cargo	
Establecimiento	
FECHA DE RECEPCIÓN	

**Nota:** Toda documentación que no se encuentre registrada en los Anexos 3, 4 y 5, no será considerada por el Comité de Promoción para la asignación de puntaje en la etapa *Evaluación y Ponderación de Antecedentes*, independiente que el medio verificador sea adjuntado a la carpeta de postulación del interesado/a.



## FORMULARIO INHABILIDADES DE POSTULACIÓN

No podrán postular al concurso interno de promoción los funcionarios y funcionarias que:

- a) No hubieren sido calificados en lista 1 (de distinción) o 2 (buena), en el periodo inmediatamente anterior a la fecha producida la vacante, es decir, 05/11/2024.
- b) No hubieren sido calificados en dos periodos consecutivos, exceptuándose quienes conserven calificaciones anteriores según Art. 40° del DFL 29/2004.
- c) Hubieren sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez, en los doce meses anteriores de producida la vacante, es decir, 05/11/2024.
- d) Hubieren sido sancionados con la de medida disciplinaria de multa, en los doce meses anteriores de producida la vacante, es decir, 05/11/2024.

Por lo tanto, el Jefe/a de la Oficina de Personal, certifica que D.....  
Rut. N° ....., **No registra** inhabilidades para postular al Concurso interno de Promoción de profesionales titulares del Servicio de Salud O'Higgins.

.....  
**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  
JEFE/A PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO**

Fecha,



**ANEXO 2.1**

**FORMULARIO  
INHABILIDADES DE POSTULACIÓN**

No podrán postular al concurso interno de promoción los funcionarios y funcionarias que:

- a) No hubieren sido calificados en lista 1 (de distinción) o 2 (buena), en el periodo inmediatamente anterior a la fecha producida la vacante, es decir, 05/11/2024.
- b) No hubieren sido calificados en dos periodos consecutivos, exceptuándose quienes conserven calificaciones anteriores según Art. 40° del DFL 29/2004.
- c) Hubieren sido objeto de la medida disciplinaria de censura, más de una vez, en los doce meses anteriores de producida la vacante, es decir, 05/11/2024.
- d) Hubieren sido sancionados con la de medida disciplinaria de multa, en los doce meses anteriores de producida la vacante, es decir, 05/11/2024.

Por lo tanto, el Jefe/a de la Oficina de Personal, certifica que D.....  
Rut. N° ....., **registra** la(s) siguiente(s) inhabilidad(es) para postular al Concurso interno de Promoción de profesionales titulares del Servicio de Salud O'Higgins:

INHABILIDAD	MEDIO VERIFICADOR

.....  
**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  
JEFE/A PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO**

Fecha,



**ANEXO 3**

**FORMULARIO  
FACTOR CAPACITACIÓN PERTINENTE**

**1.- CAPACITACIÓN PERTINENTE**

MEDIOS DE ACREDITACIÓN ESTABLECIDO EN LAS BASES	CÓDIGO
<i>Certificado de Capacitaciones con código de verificación, emitido por el Autoconsulta del SIRH, sección consignada en la página web del servicio de salud O'Higgins, o</i>	1
Listado de Capacitaciones, emitido por el SIRH en el Módulo de Capacitación; informe que deberá estar validado con nombre, firma y timbre del jefe de Capacitación del establecimiento o Dirección de Servicio o Referente PAC local o Coordinador de Capacitación del establecimiento o Dirección de Servicio, o Jefe/a de Recursos Humanos o Encargado de Oficina de Personal del establecimiento respectivo, o Jefe(a) del Departamento de Aprendizaje Continuo del establecimiento.	2

a) Detalle documento que adjunta:

RANGO DE FECHA QUE CONSIDERA EL MEDIO VERIFICADOR	CODIGO DOCUMENTO

b). En caso que una actividad **no se encuentre registrada en el Código 1 o 2**

Detalle documentos adjuntos:

N°	TIPO DE DOCUMENTO	FECHA	ENTIDAD QUE LO CERTIFICA

NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE	
-------------------------------	--

RECEPCION DEL FORMULARIO 3 (Uso Exclusivo Oficina de Personal del Establecimiento o Unidad de Procesos de Carrera Funcionaria DSS)	
Nombre/Firma y Timbre de Revisor	
Cargo	
Establecimiento	
Fecha	



**FORMULARIO  
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO- EXPERIENCIA CALIFICADA**

1.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO

MEDIOS DE ACREDITACIÓN ESTABLECIDO EN LAS BASES	CÓDIGO DOCUMENTO
Certificado o Listado de Calificaciones con código de verificación, emitido por el Autoconsulta del SIRH, sección consignada en la página web del servicio de salud O'Higgins, o	1
Certificado o Listado de Calificación emitido por el SIRH y debidamente validado con el nombre, firma y timbre del Encargado de Personal o Subdirección de Gestión de Personas del establecimiento al cual el postulante pertenece.	2

a) Detalle documento que adjunta:

AÑO DE CALIFICACION	CODIGO DOCUMENTO

1.- EXPERIENCIA CALIFICADA

MEDIOS DE ACREDITACIÓN ESTABLECIDO EN LAS BASES	CÓDIGO
<i>Certificado Relación de Servicio, emitido por el Autoconsulta del SIRH, sección consignada en la página web del servicio de salud O'Higgins, o</i>	1
Informe o Certificado de Relación de Servicio, emitido por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas u Oficinas de Personal del Establecimiento al cual el postulante pertenece, validado con nombre, firma y timbre de la autoridad competente.	2

a) Detalle documento que adjunta:

FECHA DE CORTE	CODIGO DOCUMENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE	
-------------------------------	--

RECEPCION DEL FORMULARIO 4 (Uso Exclusivo Oficina de Personal del establecimiento o Unidad de Procesos de Carrera Funcionaria DSS)	
Nombre/Firma y Timbre de Revisor	
Cargo	
Establecimiento	
Fecha	



**ANEXO 5**

**FORMULARIO  
APTITUD PARA EL CARGO**

**Definición:**

Se entenderá por aptitud para el cargo el promedio de las **últimas cinco calificaciones anuales** obtenidas por el postulante en los procesos inmediatamente anteriores a la fecha del llamado a Concurso.

Se considerarán las calificaciones en calidad jurídica de titular, esto implica, que el periodo objeto de calificación, debe ser desarrollado por el postulante en calidad jurídica de titular por un periodo igual o mayor a seis meses, en el estamento de Profesional y/o Directivo de Carrera como Profesional en el Servicio de Salud O'Higgins.

MEDIOS DE ACREDITACIÓN ESTABLECIDO EN LAS BASES	CÓDIGO DOCUMENTO
Certificado o Listado de Calificaciones con código de verificación, emitido por el Autoconsulta del SIRH, sección consignada en la página web del servicio de salud O'Higgins, o	1
Certificado o Listado de Calificación emitido por el SIRH, validado con nombre, firma y timbre del Encargado de Personal o Subdirección de Gestión de Personas del establecimiento al cual el postulante pertenece.	2

NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE	
-------------------------------	--

**Complemento de Anexo:** A continuación, la Oficina de Personal del establecimiento o Unidad de Procesos de Carrera Funcionaria de la DSS, detalla la calidad jurídica del postulante, en cada periodo calificadorio de evaluación, registrados en el SIRH:

AÑO DE CALIFICACION	CALIDAD JURIDICA

RECEPCION DEL FORMULARIO 5 Y DETALLA COMPLEMENTO DE ANEXO (Uso Exclusivo Oficina de Personal del establecimiento o Unidad de Procesos de Carrera Funcionaria DSS)	
Nombre/Firma y timbre de Revisor	
Cargo	
Establecimiento	
Fecha	



**ANEXO 6**

**FORMULARIO DE APELACION  
 PUNTAJES PRELIMINARES  
 CONCURSO INTERNO DE PROMOCIÓN  
 PROFESIONALES TITULARES  
 SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**

**1.- FUNDAMENTACION DEL RECURSO**

FACTOR DE EVALUACION	PUNTAJE OTORGADO	PUNTAJE ESPERADO	NO APLICA
1.- CAPACITACION PERTINENTE			
ARGUMENTACION			

FACTOR DE EVALUACION	PUNTAJE OTORGADO	PUNTAJE ESPERADO	NO APLICA
2.- EVALUACION DE DESEMPEÑO			
ARGUMENTACION			

FACTOR DE EVALUACION	PUNTAJE OTORGADO	PUNTAJE ESPERADO	NO APLICA
3.- EXPERIENCIA CALIFICADA			
ARGUMENTACION			

FACTOR DE EVALUACION	PUNTAJE OTORGADO	PUNTAJE ESPERADO	NO APLICA
3.- APTITUD PARA EL CARGO			
ARGUMENTACION			

**2.- ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

Nombre del Postulante	
Rut	
Establecimiento	
Correo electrónico	
Grado EUS°	
Fecha	
Firma	

<b>RECEPCION FORMULARIO DE APELACION</b> (Uso Exclusivo Oficina de Personal del establecimiento o Unidad de Procesos de Carrera Funcionaria DSS)	
Nombre/Firma y timbre del Receptor	
Cargo	
Establecimiento	
Fecha	