**ANEXO 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **RECEPCION** | |
| Nombre |  | |
| Fecha |  | |
| **TIMBRE** | |

****

**Servicio de Salud Iquique**

**Subdirección de Gestión y desarrollo de las Personas**

|  |
| --- |
| **FORMULARIO UNICO DE POSTULACION Y ANTECEDENTES**  **Concurso Interno de Promoción Planta Profesional** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION** | |
| **RUT** | **APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE** |
|  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO)** | |
|  | |
| **GRADO** | **CALIDAD JURIDICA** |
|  | TITULAR |
| **COD. ESTABLECIMIENTO** | **DESCRIPCIÓN ESTABLECIMIENTO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **1.- FACTOR CAPACITACION PERTINENTE Ponderación 25%** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horas de Capacitación (50%)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horas Perfeccionamientos (50%)** |  |

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

**JEFE CAPACITACION ESTAB. CORRESP**

|  |
| --- |
| **2.- FACTOR EXPERIENCIA CALIFICADA (años completos al 01/07/2021) Ponderación 25%** |

a) Años en la Planta: Experiencia Calificada en el Estamento Profesional, en calidad de Titular y Contrata (50%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |

b) Años en el grado: Los años completos de servicio en el Grado (30%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FUNCIONARIO RESPONSABLE** |

c) Años en otras Instituciones de Salud (20%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |

|  |
| --- |
| **3.- FACTOR EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Ponderación 25%** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Calificación último período** |  |

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

**FIRMA Y TIMBRE JEFE DE PERSONAL ESTAB. CORRESP.**

|  |
| --- |
| **4.- FACTOR APTITUD PARA EL CARGO Ponderación 25%** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Años de titulación** |  |

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

**FIRMA Y TIMBRE JEFE DE PERSONAL ESTAB. CORRESP.**

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

**FIRMA FUNCIONARIO POSTULANTE**