



ANEXO 1

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN  
CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD  
DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
RUT		LEY AFECTO	HORAS CONTRATADAS		ETAPA / NIVEL
UNIDAD DE DESEMPEÑO		CORREO ELECTRÓNICO			TELEFONO
TITULO PROFESIONAL					
UNIVERSIDAD/INSTITUCION					
FECHA DEL TITULO		Nº REGISTRO SUPERSALUD			
ESPECIALIDAD					
UNIVERSIDAD/INSTITUCION		FECHA ESPECIALIDAD			
TITULO SUBESPECIALISTA					
UNIVERSIDAD/INSTITUCION					
FECHA SUBESPECIALIDAD					
<b>ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA</b>					

Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en las penas establecidas en el Artículo 193º de Código Penal.

TIMBRE DE RECURSOS HUMANOS Y FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO
---	--------------------------------



**REGISTRO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS**  
**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**  
**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA		

LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS			
NUMERO	FACTOR A EVALUAR	DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR	CANTIDAD DOCUMENTOS PRESENTADOS
1.	AÑOS TRABAJADOS EN POSESION DEL TITULO	CERTIFICADO DE TITULO	
2.	AÑOS TRABAJADOS EN LA ESPECIALIDAD	CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD	
3.	DESEMPEÑO DE CARGOS CLINICOS	RELACION DE SERVICIO	
4.	DESEMPEÑO EN CARGOS DE JEFATURA	RESOLUCIONES DE ENCOMENDACION DE FUNCIONES	
5.	DESEMPEÑO DOCENTE	CERTIFICACION DEL SUBDIRECTOR MEDICO	
6.	POSTGRADOS Y POSTITULOS EN GESTION Y ADMINSTRACION	CERTIFICADO DE TITULO	
8.	OTROS POSTGRADOS Y POSTITULOS NO CONSIDERADOS EN EL PUNTO ANTERIOR	CERTIFICADO DE TITULO	
9.	ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO	DETALLE DE CONGRESOS, SIMPOSIUM Y PRESENTACIONES A LAS QUE ASISTIÓ	
10.	TRABAJOS CIENTIFICOS	COPIA DE TITULO DE LA PUBLICACION QUE INCLUYA TITULO Y PARTICIPACION COMO AUTOR O COAUTOR	
11.	OTRAS PUBLICACIONES		
12.	PERTENENCIA A INSTITUCIONES NO UNIVERSITARIAS	CERTIFICADO DE CADA INSTITUCIÓN	
TOTAL DE DOCUMENTOS			

TIMBRE DE RECURSOS HUMANOS Y FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

**FORMULARIO DE DESISTIMIENTO**  
**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**  
**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRES
RUT	LEY AFECTO	HORAS CONTRATADAS	ETAPA / NIVEL
UNIDAD DE DESEMPEÑO	CORREO ELECTRÓNICO		TELEFONO
<b>ASIGNACIÓN A LA QUE DESISTE</b>			

Por este intermedio vengo a desistir de la postulación a la (s) Asignación de Responsabilidad señaladas anteriormente

\_\_\_\_\_

FECHA DEL DESISTIMIENTO

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

