Ministerio de Salud
Servicio Salud Iquique.
Hospital Dr. E. Torres G.

SUBDIRECCION GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE PERSONAS

ANEXO N°1

FORMULARIO SOLICITUD DE POSTULACIÓN

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

LEY N° 18.834

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
RUT	**LEY AFECTO**	**HORAS CONTRATADAS**
UNIDAD DE DESEMPEÑO	**CORREO ELECTRÓNICO**	**TELÉFONO**

TITULO PROFESIONAL			
UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN		**FECHA TÍTULO**	

ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA

Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en las penas establecidas en el Artículo 193° del código Penal

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO	**FECHA Y TIMBRE DE RECEPCION DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PERSONAS**

Ministerio de Salud
Servicio Salud Iquique.
Hospital Dr. E. Torres G.

SUBDIRECCION GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE PERSONAS

ANEXO N°2

REGISTRO DE ANTECEDENTES ENTREGADOS

CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

LEY N° 18.834

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA		

LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS			
NUMERO	**FACTOR A EVALUAR**	**DOCUMENTOS QUE AVALAN EL FACTOR**	**CANTIDAD DE DOCUMENTOS PRESENTADOS**
1	CAPACITACION PERTINENTE		
2	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO		
3	EXPERIENCIA CALIFICADA		
4			
5			
6			
7			
TOTAL DE DOCUMENTOS PRESENTADOS			

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO	**FECHA Y TIMBRE DE RECEPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PERSONAS**

Ministerio de Salud
Servicio Salud Iquique.
Hospital Dr. E. Torres G.

SUBDIRECCION GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE PERSONAS

ANEXO N°3

FORMULARIO DE APELACIÓN

CONCURSO INTERNO: ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD

LEY N° 18.834

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ASIGNACIÓN A LA QUE APELA		

Sr. Director, por este intermedio vengo a apelar al puntaje obtenido, según el siguiente fundamento:

FECHA DE LA APELACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO