

SUBDIRECCIÓN RECURSOS HUMANOS

**BASES DEL LLAMADO A PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES**

**CARGO SECRETARIA SUBDEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

Las presentes bases responden a las directrices establecidas en el Código de Buenas Prácticas Laborales. Además, cumplen con asegurar que los métodos y procedimientos del proceso de selección estén sustentados en la no discriminación, en la paridad de género, la idoneidad y en los méritos de los y las postulantes.

**I.- IDENTIFICACION DEL CARGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Cargo | Secretaría Subdepartamento de Salud Mental |
| Estamento | Administrativo |
| Grado Funcionario | 22° |
| Unidad y lugar de Desempeño | Subdepartamento de Salud Mental. Av. 18 de septiembre N°1000 Edificio N |
| Jefatura Directa | Jefatura Subdepartamento de Salud Mental |
| Jefatura Superior de la Unidad | Jefatura Subdirección de Gestión Asistencial |

**II. OBJETIVO DEL CARGO**

|  |
| --- |
| Ejecutar actividades secretariales a fin de lograr un desempeño acorde a los objetivos de Salud Mental. |

**III. FUNCIONES PRINCIPALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Función o Tarea | Periodicidad |
| Redactar, recepcionar, ingresar, clasificar, distribuir, dar seguimiento y enviar correspondencia (ordinarios, memorandas, correos electrónicos, citaciones, etc.) | Diaria |
| Elaborar órdenes de compra y otros formatos utilizados por la Subdirección de Gestión Asistencial | Diaria |
| Llevar un registro de la entrada y salida de documentos en el libro de correspondencia | Diaria |
| Archivar la correspondencia enviada y/o recibida | Diaria |
| Realizar, atender y derivar llamadas telefónicas | Diaria |
| Manejar la agenda de la Jefatura de Subdepartamento de Salud Mental, así como también de actividades relevantes para el Subdepartamento | Diaria |
| Atender usuarios internos y/o externos que acuden al Subdepartamento | Diaria |
| Brindar apoyo logístico en la organización y ejecución de reuniones | Diaria |
| Distribuir la correspondencia a las dependencias de Salud Mental | Diaria |
| Cumplir con las normas y disposiciones de Seguridad y Salud Ocupacional establecidas | Diaria |
| Coordinar reuniones según requerimiento de jefatura y profesionales de Salud Mental | Según requerimiento |
| Realizar la programación del Plan Anual de Compras de Salud Mental y velar por el suministro de materiales de oficina | Según requerimiento |
| Elaborar actas en reuniones | Según requerimiento |
| Otras funciones que le encomiende su jefatura directa en el área de su competencia | Según requerimiento |

**IV. REQUISITOS FORMALES DE EDUCACIÓN, EXPERIENCIA Y ENTRENAMIENTO**

4.1. Nivel Educacional Mínimo Requerido:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E. Básica  |  | E. Media | x | F. Técnica |  | F. Profesional |  |

4.2. Título(s) Requerido(s) /Área (s) de especialización

|  |
| --- |
| Enseñanza Media |

4.3. Post Título o Post Grado Requerido:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diplomado |  | Magíster |  | Doctorado |  | No requerido | X |
| Área: |  |

|  |
| --- |
| 4.4. Conocimientos Específicos Deseables: |
| Conocimiento de la red de salud general y, particularmente, de la red de salud mental dentro del territorio local. |
| Conocimientos de la Red Pública de Salud |
| Conocimientos y Manejo computacional Word, Excel Intermedio a Avanzado |
| Ortografía y Redacción Impecable |
| Conocimiento de Protocolo |
| Técnicas de Expresión Oral y Escrita |
| Manejo de Atención de Público |

4.5. Experiencia Laboral (especificar tiempo):

**V. OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL CARGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Especificar |
| Maneja dinero |  | x |  |
| Maneja información confidencial | x |  | Solicitudes de usuarios(as), información sobre pacientes de Salud Mental. |
| Maneja equipos  | x |  | Computador de escritorio, escáner, notebook, data show. |
| Requiere desempeño en Gran Altitud Geográfica. (igual o superior a los 3.000 msnm e inferior a 5.500 msnm) |  | x |  |
| Puesto de trabajo se encuentra calificado como Trabajo Pesado, según Ley N° 19.404 |  | x |  |

**VI. DEFINICION DE CLIENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Internos | Externos |
| 1. | Jefatura Directa | 1. | Funcionarios(as) de otros servicios públicos |
| 2. | Funcionarios(as) de la Dirección (Atención Personalizada ) | 2. | Público en general |
| 3. | Subdirecciones, Departamentos y dependencias de la Dirección | 3. | Funcionarios(as) del Ministerio de Salud.  |

**VII. COMPETENCIAS PARA EL CARGO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nivel de dominio deseable para el cargo**  |
| **Competencias** | **1** | **2** | **3** |
| **Atención de salud centrada en la persona:** Capacidad de actuar escuchando y entendiendo a sus usuarios(as) interno(as) o externo(as), valorando sus requerimientos y necesidades. Brinda soluciones o respuestas efectivas a sus expectativas, mediante una prestación de servicios oportuna, cordial y de calidad. |  | X |  |
| **Comunicación asertiva y empática:** Ser capaz de escuchar y de expresarse de manera clara y directa. Implica la disposición a ponerse en el lugar de su interlocutor(a), mostrando directamente que se comprenden sus pensamientos, emociones y/o sentimientos. Es la capacidad de escuchar, hacer preguntas y expresar conceptos e ideas claves de forma efectiva. Incluye la capacidad de comunicar por escrito con concisión y claridad. |  | X |  |
| **Proactividad y empoderamiento:** Es la habilidad de direccionar los objetivos de desempeño para definir las responsabilidades personales correspondientes, valorando sus propias capacidades y las de sus colaboradores(as).  |  |  | X |
| **Organización, planificación y seguimiento**: Determinar eficazmente las metas y prioridades de su tarea/área/proyecto, definiendo la acción, los plazos y recursos requeridos. Incluye la instrumentación de mecanismos de seguimiento y verificación de la información. |  | X |  |
| **Orientación a la eficiencia:** Lograr los resultados esperados haciendo uso racional de los recursos disponibles. Implica el cuidado de los recursos públicos, materiales y no materiales, buscando minimizar los errores y desperdicios. |  | X |  |
| **Trabajo colaborativo:** Colaborar con otros, compartiendo conocimientos, esfuerzos y recursos, en pos de objetivos comunes. Implica alinear los propios esfuerzos y actividades con los objetivos del equipo o grupo de trabajo. |  | X |  |
| **Liderazgo:** Es la habilidad necesaria para orientar la acción de los colaboradores en una dirección determinada, fijando objetivos, transmitiendo valores, entregando retroalimentación, e integrando las diversas opiniones para cumplir con las metas de su área. | X |  |  |

**Importante:**

**Nivel 1: Se requiere nivel de desarrollo básico de la competencia**

**Nivel 2: Se requiere nivel de desarrollo avanzado de la competencia.**

**Nivel 3: Se requiere nivel de desarrollo superior de la competencia.**

1. **REQUISITOS DE POSTULACIÓN:**

Para ingresar a la Ley 18.834, Administración del Estado será necesario cumplir los siguientes requisitos:

a) Ser ciudadano;

b) Haber cumplido con la ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere procedente; acreditado mediante la presentación del certificado original válido para dichos fines, emitido por la autoridad competente.

c) Tener salud compatible con el desempeño del cargo; se acreditará mediante certificación entregada por el Servicio de Salud. Certificado que será emitido una vez que la persona seleccionada acepte el cargo.

d) Haber aprobado la educación media y poseer el nivel educacional técnico o título profesional que por la naturaleza del empleo exija la ley; mediante la presentación de fotocopia simple del certificado respectivo, el cual deberá presentar el original, en caso de ser nombrado en el cargo, en el momento que lo acepte.

1. **ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN**

2.1. Inicio del Proceso:

Las bases del proceso de selección se encontrarán disponibles en la página Web del Servicio, [**https://www.saludarica.cl/trabaja-con-nosotros/**](https://www.saludarica.cl/trabaja-con-nosotros/)a contar del 29/08/2018. La recepción de antecedentes se extenderá desde el 29/08/2018 hasta las 15:00 horas del día 07/09/2018, ambas fechas inclusive, en la Oficina de Partes del Servicio de Salud Arica, ubicada en calle 18 de Septiembre Nº 1.000, Edificio N, segundo piso, Hospital Regional de Arica.

2.2.- Antecedentes Requeridos

Para poder postular al presente concurso, el interesado/a deberá presentar al momento de la postulación los siguientes antecedentes:

a) Ficha de Postulación. (Ver anexo 1)

b) Currículum vitae Ciego. (Ver anexo 2)

c) Certificado de título profesional, según corresponda. (Fotocopia simple).

d) Certificados que acrediten estudios de Especialización, Post-títulos o Capacitación según corresponda a los requisitos del cargo al que postula. (Fotocopia simple).

e) Certificados firmado y timbrado que acrediten experiencia laboral, de a lo menos el tiempo señalado en el punto 4.5. (Fotocopia simple).

Los/las funcionario/as que se desempeñen en el Servicio de Salud Arica, que deseen postular, deberán presentar todos los antecedentes señalados, en igualdad de condiciones con los/las demás postulantes.

**Aquella postulación que no acompañe alguno de los antecedentes individualizados anteriormente quedará fuera del proceso, asimismo aquellos antecedentes que debieran acreditar experiencia y capacitación mencionadas en el currículum, será eliminada automáticamente del presente proceso de selección.**

**Los antecedentes se conservarán por un período de treinta días, siendo devueltos al postulante que lo solicite. De lo contrario serán destruidos.**

2.3. Fecha, lugar y forma de recepción de postulaciones:

|  |  |
| --- | --- |
| PLAZO | Se extenderá desde las 09:00 hrs. del día 29 de agosto de 2018 hasta las 15:00 hrs. del día 07 de septiembre de 2018, ambas fechas inclusive. |
| LUGAR | Oficina de Partes del Servicio de Salud Arica, ubicada en calle 18 de Septiembre Nº 1.000, Edificio N, segundo piso, Hospital Regional de Arica.  |
| PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES | Se presentarán en un sobre cerrado dirigido a la Subdirección de Recursos Humanos, con los antecedentes requeridos y señalando lo siguiente: * **Cargo al que Postula**

En el remitente la identificación del/la postulante solamente con sus **APELLIDOS.** |

2.4.-. Postulantes que presenten alguna discapacidad que les produzca impedimento o dificultades en la aplicación de los instrumentos de selección que se administrarán, deberán informarlo en su postulación, para adoptar las medidas pertinentes, de manera de garantizar la igualdad de condiciones a todos los postulantes que se presenten en este concurso.

**3. FACTORES DE EVALUACION**

|  |
| --- |
| FACTOR |
| **Evaluación Curricular** |
| **Evaluación Psicológica** |
| **Evaluación Técnica** |
| **Entrevista Personal** |

La Comisión deberá definir un puntaje mínimo para el proceso en general, que cada postulante deberá alcanzar para ser considerado idóneo(a).

**4. CALENDARIZACIÓN DEL PROCESO**

|  |  |
| --- | --- |
| Fase | Fechas |
| Difusión de Convocatoria y Plazo de Postulación en la Página Web institucional | Desde 29/08/2018 – Hasta 07/09/2018. |
| Proceso de Evaluación Curricular | Desde 10/09/2018 – Hasta 13/09/2018. |
| Proceso de Evaluación Psicológica | Desde 14/09/2018 – Hasta 26/09/2018. |
| Entrevista Global | Desde 27/09/2018 – Hasta 28/09/2018. |
| Finalización del Proceso | Fecha 01/10/2018 al 03/10/2018 |

Nota: El calendario puede sufrir modificaciones en alguno de sus hitos según el desarrollo del proceso.



SERVICIO DE SALUD DE ARICA

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

**FICHA DE POSTULACIÓN**

***1.- ANTECEDENTES***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Apellido Paterno* | *Apellido Materno* | *Rut* |
|  |  |  |
| *Fono Particular* | *Fono Móvil* | *E-mail Particular* |
|  |  |  |

***2.- IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Cargo* | *Grado* | *Unidad/Depto.* |
|  |  |  |
|  |  |  |

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de los criterios del presente

Proceso de Selección, a las cuales me someto desde ya.

Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en el Servicio de

Salud Arica y expreso además lo siguiente:

Presento algún tipo de discapacidad que me dificulta realizar el proceso de selección: Si No .

Especificar: .

(Lo anterior será tomado en cuenta para adaptar el proceso de selección).

***3.- ORDEN PRESENTACIÓN ANTECEDENTES:***

a) Ficha Postulación. b) Currículum Vitae.

c) Fotocopia Título Requerido para el cargo (si es seleccionado deberá presentar el original).

d) Fotocopia de Post-título o Post-Grado (sólo si corresponde). e) Fotocopias Capacitaciones.

f) Referencias Laborales.

Firma



SERVICIO DE SALUD DE ARICA

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

**CURRÍCULUM VITAE**

**1.- ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Apellido Paterno* | *Apellido Materno* | *Rut* |
|  |  |  |
| *Fono Particular* | *Fono Móvil* | *Email Particular (\*)* |
| -- |  |  |

(\*) Se sugiere no incluir datos de identificación personal.

**2.- IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre del Cargo* | *Grado* |
|  |  |
|  |  |

**3.- TÍTULO(S)**

\* Indicando sólo aquellos con **certificado de título** y ordenado por fecha descendentemente, es decir, los últimos estudios realizados en primer lugar.

|  |  |
| --- | --- |
| *Título* | *Nº de Semestres* |
|  |  |
| *Institución* | *Ingreso (mes/año)* | *Egreso (mes/año)* |
|  | / | / |
| *Fecha de Titulación (día/mes/año)* | / / |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Título* | *Nº de Semestres* |
|  |  |
| *Institución* | *Ingreso (mes/año)* | *Egreso**(mes/año)* |
|  |  / |  /  |
| *Fecha de Titulación (día/mes/año)* |  / /  |  |

**4.- GRADOS ACADÉMICOS**

\* Indicar sólo aquellos con **certificado de título** (en el siguiente orden: doctorado, magíster o diplomado), los demás no serán ponderados ni considerados. Marcar con una cruz (X) la modalidad del estudio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre Postítulo o Postgrado* | *Ingreso**(mes/año)* | *Egreso**(mes/año)* | *Modalidad* |
| Presencial | Semi- presencial | Adistanci a |
|  | / | / |  |  |  |
|  | / | / |  |  |  |
|  | / | / |  |  |  |

**5.- CAPACITACIÓN**

\* Indicar sólo aquellos con certificado y ordenado por fecha descendentemente, es decir, los últimos cursos realizados en primer lugar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre del Curso y/o Seminario* | *Desde**(día/mes/* | *Hasta**(día/mes/a* | *Horas**Duración* |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |
|  | / / | / / |  |

**6.- TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

\* Indique su nivel de dominio en los software en que Ud. tenga conocimiento. Especifique el software y luego señale con una cruz (X) bajo el nivel que posee

|  |  |
| --- | --- |
| *Software* | *Nivel de dominio* |
| *Alto* | *Intermedio* | *Básico* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7.- ÚLTIMO CARGO DESARROLLADOS O EN DESARROLLO**

\* Sólo cuando corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|  |  |
| *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de**Desempeño* | *Desde**(día/mes/**año)* | *Hasta (día/mes/ año)* |
|  |  / / |  / /  |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales**logros)* |
|  |

**8.- TRAYECTORÍA LABORAL**

\* Además del anterior, indique sus últimos trabajos realizados, si corresponde.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|  |  |
| *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de**Desempeño* | *Desde**(día/mes/a* | *Hasta**(día/mes/a* |
|  |  |  |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales**logros)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|  |  |
| *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de**Desempeño* | *Desde**(día/mes/a* | *Hasta**(día/mes/a* |
|  |  / / |  / /  |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales**logros)* |
|  |

**9.- REFERENCIAS LABORALES**

\* Indicar el nombre de tres jefaturas con las cuales se haya desempeñado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nombre* | *Institución* | *Cargo* | *Fono**Particular* | *Fono**Móvil* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |