

ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN INTERNO SSA.

**ANEXO Nº 01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA |   |
|   | PARA FUNCIONARIOS/AS O PRESTADORES/AS DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN |   |
|   | **I. CARGO AL QUE POSTULA** |   | PROFESIONAL  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  | **II. IDENTIFICACIÓN POSTULANTE** |   |
|   | NOMBRE COMPLETO |   |   |
|   | RUN |   |   |
|   | ANEXO MINSAL |   | CELULAR |   |   |
|   | CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA LA POSTULACIÓN |   |   |
|   | ESTABLECIMIENTO |   |   |
|   | UNIDAD DE TRABAJO |   |   |
|   | PLANTA ACTUAL |   |   |
|   | CALIDAD JURÍDICA ACTUAL |   | GRADO EUS ACTUAL |   |   |
|   | TÍTULO |   |   |   |   |   |
|   | INSTITUCIÓN ESTUDIOS SUPERIORES |   |   |   |   |   |
|   | FECHA DE TITULACIÓN |   |   |   |   |   |
|   | NÚMERO DE SEMESTRES |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  | **IV. ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERTINENTE, APROBADAS DESDE EL 01 DE ENERO DE 2018** |   |
|   | ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN | FECHA INICIO | FECHA TÉRMINO | SITUACIÓN | HORAS |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   | SUMA DE HORAS PEDAGÓGICAS |   |   |   |   |
|  | **Respaldar con certificados de capacitación** |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  | **V. TIEMPO SERVIDO COMO PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN AL 15 DE FEBRERO 2021** |
|   | ANTIGÜEDAD | Calidad jurídica | AÑOS | MESES | DÍAS |   |
|   | Tiempo servido en como profesional en el Servicio de Salud Aysén, en forma continua o discontinua al 15 de febrero de 2021 | Contrata/titular/ suplencia  |  |   |   |   |
|  | Honorario |  |  |  |  |
|  | * **Respaldar con certificado de relación de servicios de SIRH y/o certificado de relación laboral para honorarios.**
* **Para acreditar experiencia en Salud Mental (años, meses y días) debe adjuntar certificado de jefatura o resolución exenta (de inicio y término).**
* **Para acreditar experiencia en coordinación o jefatura de equipos de Salud Mental (años, meses y días) debe adjuntar certificado de jefatura o resolución exenta (de inicio y término).**

  |   |
|   | Tomo conocimiento y acepto todas las condiciones establecidas en las bases del proceso de selección   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   | FIRMA POSTULANTE |   |   |
|   |   |   |
|   | FECHA |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |