

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 |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |