

Anexos de postulación

Reclutamiento y selección Hpa

**ANEXO Nº 01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN | | | | | |  |
|  | PARA FUNCIONARIOS/AS O PRESTADORES/AS | | | | | |  |
|  | **I. CARGO AL QUE POSTULA** |  | PROFESIONAL | |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  | **II. IDENTIFICACIÓN POSTULANTE** | | | | | |  |
|  | NOMBRE COMPLETO |  | | | | |  |
|  | RUN |  | | | | |  |
|  | FONO |  | CELULAR | |  | |  |
|  | CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA LA POSTULACIÓN |  | | | | |  |
|  | TÍTULO |  |  | |  |  |  |
|  | INSTITUCIÓN ESTUDIOS SUPERIORES |  |  | |  |  |  |
|  | FECHA DE TITULACIÓN |  |  | |  |  |  |
|  | NÚMERO DE SEMESTRES |  |  | |  |  |  |
|  | **IV. ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERTINENTE, APROBADAS DESDE EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2018**  **DIPLOMADOS DESDE EL 1 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2011** | | | | | |  |
|  | ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN | FECHA INICIO | FECHA TÉRMINO | | SITUACIÓN | HORAS |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  | SUMA DE HORAS PEDAGÓGICAS | |  | |  |  |  |
|  | **Respaldar con certificados de capacitación** | | | | | |  |
|  | **V. TIEMPO SERVIDO COMO PROFESIONAL AL 31 DE OCTUBRE DEL 2021** | | | | | | |
|  | ANTIGÜEDAD | | Calidad jurídica | AÑOS | MESES | DÍAS |  |
|  | Tiempo servido en como profesional, en forma continua o discontinua al 31 de octubre del 2021 | | Contrata/titular/ suplencia |  |  |  |  |
|  | Honorario |  |  |  |  |
|  | **Para acreditar experiencia en jefaturas o liderazgo de equipos (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** | | | | |  |  |

**ANEXO Nº 02**

Anexos de postulación Reclutamiento y selección Hpa

**CARTA DE APELACIÓN A PUNTAJE**

Profesional Enfermero (a) a desempeñarse en la Subdirección de Gestión del Cuidado en el Hospital de Puerto Aysén

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A: |  |  |
| DE: |  | **……………………………………………………………………** |
| CÓDIGO DE POSTULACIÓN: |  | **…………….** |

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger mi apelación al puntaje del Proceso de selección, publicado el día ………………………, en el(los) siguiente(s) etapas:

ETAPA…………………………

Puntos Preliminar……………………. / Puntos Esperados………………….

**Argumentación de Apelación:**

De acuerdo a la observación a mi puntaje preliminar: “………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………”

Con lo anterior espero subir de: a…………. Puntos en este subfactor.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Nombre y Firma Postulante** |