

**ANEXOS DE POSTULACIÓN:**

**ANEXO Nº 01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA |   |
|   | PARA FUNCIONARIOS/AS O PRESTADORES/AS DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN |   |
|   | **I. PLANTA A LA QUE POSTULA** |   | PROFESIONAL  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  | **II. IDENTIFICACIÓN POSTULANTE** |   |
|   | NOMBRE COMPLETO |   |   |
|   | RUN |   |   |
|   | ANEXO MINSAL |   | CELULAR |   |   |
|   | CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA LA POSTULACIÓN |   |   |
|   | ESTABLECIMIENTO AL QUE POSTULA COMO PRIMERA OPCIÓN  |   |   |
|  | ESTABLECIMIENTO AL QUE POSTULA COMO SEGUNDA OPCIÓN |  |  |
|   | 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 JULIO DE 2016** |   |
|   | 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 NOVIEMBRE 2021** |
|   | **ANTIGÜEDAD** | **Calidad jurídica** | AÑOS | MESES | DÍAS |   |
|   | **Tiempo servido en como profesional en el Servicio de Salud Aysén, en forma continua o discontinua al 2021** | **Contrata/titular/ suplencia** |  |   |   |   |
|  | Honorario |  |  |  |  |
|  | **Respaldar con documentos indicados en punto: documentos para presentar admisibilidad experiencia laboral** |   |
|   |  |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |
|  |
|  | **PERIODO** | **PUNTAJE CALIFICACIÓN** |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   | Tomo conocimiento y acepto todas las condiciones establecidas en las bases del proceso de selección   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   | FIRMA POSTULANTE |   |   |
|   |   |   |
|   | FECHA |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |



**ANEXO Nº 02**

**CARTA DE APELACIÓN A PUNTAJE**

PROFESIONAL REFERENTE DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |