1. **ANEXOS:**

**ANEXO Nº1**

**CRONOGRAMA**

**CRONOGRAMA “PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A UN CUPO DE TALLER PROFESIONALIZANDO EL ROL DEL ASISTENTE EJECUTIVO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapas** | **Plazos** |
| Difusión y publicación de las bases en la Red del Servicio Salud Aysén | Desde el 15 de julio de 2019 |
| Presentación y Recepción de antecedentes | Hasta las 16:00 horas del 26 de julio de 2019. |
| Evaluación de antecedentes por Comisión de Selección | 29 y 30 de julio de 2019 |
| Emisión y publicación de resultados preliminares | 02 de agosto de 2019 |
| Apelación | Desde el 05 al 08 de agosto 2019 |
| Resolución Asignación de Cupo | A partir del 12 de agosto de 2019 |

**ANEXO Nº2**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**-PROCESO 2019-**

1. **IDENTIFICACION:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CITOFONO** | | | | | | **CELULAR** | | | | | | | | |
| **6** | **7** |  |  |  |  | **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**E-MAIL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ESTABLECIMIENTO** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CALIDAD JURIDICA** | **ESTAMENTO** | **ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE SALUD AYSEN** | **NOTA ULTIMA CALIFICACION** |
|  |  |  |  |

**PARTICIPACIÓN EN PASANTÍA DE CAPACITACIÓN O CURSO INDIVIDUAL FINANCIADO POR EL SERVICIO DE SALUD AYSEN EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS.** (Marcar con una “X” según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **AÑO** | **Nombre de la Actividad** |
| **He participado** |  |  |  |
| **NO he participado** |  |  |  |

**REPROBACIÓN O SITUACIÓN DE DESERCIÓN EN ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN MODALIDAD PRESENCIAL O E-LEARINING, EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS.** (Marcar con una “X” según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **AÑO** | **Nombre de la Actividad** |
| **He reprobado o desertado** |  |  |  |
| **NO he reprobado o desertado** |  |  |  |

1. **ADJUNTA ANTECEDENTES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA** | | |
| Carta del Jefa/e Directo respaldando la postulación del interesado/a, señalando las funciones desempeñadas a modo de evaluar la pertinencia de la acción de capacitación con las funciones desempeñadas por el postulante | **SI** | **NO** |
| Carta del Postulante, que avale compromiso de continuidad de Desempeño, permanencia en el Servicio de Salud Aysén | **SI** | **NO** |
| Carta patrocinio del Director de Establecimiento para participar de la pasantía propuesta año 2019 | **SI** | **NO** |

**ANEXO Nº3**

**FORMATO CARTA DEL JEFE DIRECTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y cargo Jefe Directo** |  |
| **Nombre Funcionario Postulante** |  |

Mediante la presente, autorizo a funcionario/a individualizado/a precedentemente, para participar en **Taller Profesionalizando el Rol del Asistente Ejecutivo dentro de la Institución de Salud**, a efectuarse en Hotel Termas de Puyehue Wellness & Spa Resort, de la ciudad de Osorno, los días 13, 14 y 15 de noviembre de 2019

|  |
| --- |
| **Las funciones que desempeña actualmente el/a funcionario/a corresponden a:** |
|  |

**ANEXO Nº4**

**FORMATO CARTA DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Funcionario Postulante** |  |
| **Cargo desempeñado** |  |

|  |
| --- |
| Señale relación de la actividad a la cual postula, con el perfeccionamiento de competencias a adquirir para el desempeño en su puesto de trabajo: |
|  |

|  |
| --- |
| Al término de la actividad de capacitación, ¿qué aprendizajes personales y profesionales espera obtener que le permita transformar las prácticas cotidianas y su visión sobre el trabajo desempeñado? (Impacto esperado que, en su opinión, producirá su participación en la actividad). |
|  |

|  |
| --- |
| Señale los desempeños en su labor diaria que se verán influidos con la aplicación de lo aprendido durante la actividad de capacitación: |
|  |

Expreso mi compromiso de participar, desarrollar y finalizar la actividad de capacitación a la cual postulo, cumpliendo con los requisitos establecidos y poner en práctica en mi lugar de trabajo las competencias adquiridas en esta formación, así como también continuar desempeñándome en el Servicio de Salud Aysén por el periodo establecido en las Bases.

Me hago responsable de la veracidad de la información proporcionada, para lo cual firmo

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre y Firma de Funcionario/a Postulante** |

Ciudad y fecha

**ANEXO Nº5**

**CARTA PATROCINIO**

**Carta N° C /** \_\_\_\_\_\_\_\_ /

**ANT.:** Resolución Exenta N° xx del xx.xx.2019, que aprueba Bases “Proceso de selección para acceder a un cupo de Taller Profesionalizando el Rol del Asistente Ejecutivo dentro de la Institución de Salud”.

**MAT.:** Otorga carta de patrocinio para participar en Taller Profesionalizando el Rol del Asistente Ejecutivo dentro de la Institución de Salud a (NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA)

**Fecha,**

**Don (a).**

**(NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA)**

Presente

De mi consideración:

En virtud de lo señalado en las bases “Proceso de selección para acceder a un cupo de Taller Profesionalizando el Rol del Asistente Ejecutivo dentro de la Institución de Salud”, del Servicio de Salud Aysén, en su calidad de funcionario/a perteneciente a la Planta de……., de este establecimiento, otorgo el presente patrocinio para que participe en el proceso indicado, año 2019, con el compromiso formal e irrevocable de mantenerle su cargo y remuneración, así como asegurar el normal funcionamiento en su área de desempeño, durante todo el período que dure la actividad de capacitación. Esto implica cumplir con su obligación de retorno en las fechas convenidas y realizar la réplica posterior y aplicación de lo aprendido en su puesto de trabajo.

**DIRECTOR**

**ESTABLECIMIENTO…**….

Distribución:

* Sr (a) (NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE POSTULA)
* Dirección establecimiento.
* Archivo