

ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN INTERNO SSA.

**ANEXOS DE POSTULACIÓN**

**ANEXO I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA** | | | | | |  |
|  | **PARA FUNCIONARIOS/AS DE LA RED DEL SSA** | | | | | |  |
|  | **IDENTIFICACIÓN POSTULACIÓN** | | **NOMBRE CARGO AL CUAL POSTULA** | | | |  |
|  | Deberá completar con los códigos previstos en las bases del proceso de reclutamiento y selección | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  |
|  | **I. 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 |  | |  |  |  |  |
|  | FECHA DE TITULACIÓN |  | |  |  |  |  |
|  | NÚMERO DE SEMESTRES |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | **II. ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERTINENTE** | | | | | |  |
|  | ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN | FECHA INICIO | | FECHA TÉRMINO | SITUACIÓN | HORAS |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | SUMA DE HORAS PEDAGÓGICAS DE LOS ÚLTIMOS 36 MESES | | |  |  |  |  |
|  | **Respaldar con certificado de capacitación** | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | **III. TIEMPO SERVIDO EN LA PLANTA A LA QUE POSTULA EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN AL 20.05.2024** | | | | | | |
|  | ANTIGÜEDAD | | | AÑOS | MESES | DÍAS |  |
|  | Tiempo servido en la planta a la que postula en el Servicio de Salud Aysén, en forma continua o discontinua al | | |  |  |  |  |
|  | **Respaldar con certificado de relación de servicios de SIRH** | | | | | |  |
|  | **IV. ÚLTIMA CALIFICACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN AL 2023** | | | | | | |
|  | PERIODO | | | PUNTAJE CALIFICACIÓN | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  | Tomo conocimiento y acepto todas las condiciones establecidas en las bases del proceso de selección | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | FIRMA POSTULANTE | | | | |  |  |
|  |  |  |
|  | FECHA |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |