

**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 |  | | | | |  |
|  | 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 2017** | | | | | |  |
|  | 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 2020** | | | | | | |
|  | 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 noviembre de 2020 | | Contrata/titular/ suplencia |  |  |  |  |
|  | Honorario |  |  |  |  |
|  | **Respaldar con certificado de relación de servicios de SIRH y/o certificado de relación laboral para honorarios** | | | | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  | **VI. ÚLTIMA CALIFICACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN AL 31 DE DICIEMBRE 2020** | | | | | | |
|  | 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** |