**ANEXO N°2: Formulario Solicitud de Certificaciones**

**1.- Datos del Solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| R.U.T. |  |
| ESTABLECIMIENTO |  |
| TELÉFONOS DE CONTACTO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

**2.- Certificaciones que solicita** (el solicitante debe marcar con una X lo que se solicita)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certificación Experiencia |
|  | Certificación Capacitación |
|  | Certificación Calificaciones |

**3.-** En el caso que se solicite la certificación de capacitación deberá acompañar el certificado original o copia validada al efecto por RRHH y completar la siguiente tabla:

|  |  |
| --- | --- |
| Verificación RRHH | Nombre de la capacitación  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nota: La verificación de RRHH consistirá en revisar que los certificados acompañados físicamente coincidan con lo detallado en la tabla. En caso de conformidad el funcionario receptor marcará con un

* y en caso de no acompañarse un certificado de los que aparece en la tabla se marcará con una **X**. En caso de acompañarse un certificado que no aparece en la tabla, se agregará al final de puño y letra del funcionario receptor del presente formulario.

**4.-** ANTECEDENTES DE EXPERIENCIA LABORAL:

El postulante deberá completar la siguiente tabla, ordenando su experiencia desde la más antigua a la más reciente, consideradas al 01 de octubre de 2021, SÓLO en calidad de honorarios con 33 horas o más y plazo fijo (se deja expresa constancia que no se deben incorporar los periodos en calidad de reemplazo y plazo indefinido)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | PERIODO (años–meses-días) | CARGO | JORNADA  | CENTRO DE SALUD | TIPO DE CONTRATO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Periodo Total Servido en Atención Primaria en Quilicura:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AÑOS | MESES | DÍAS |
|  |  |  |

Periodo Total Servido en Atención Primaria en otras comunas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AÑOS | MESES | DÍAS |
|  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y Hora de recepción: Firma Solicitante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Funcionario Receptor