

**ANEXO 1**

# MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION SERVICIO SALUD

VIÑA DEL MAR QUILLOTA

**FORMULARIO ACREDITACION DE EXPERIENCIA EN SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del trabajador |   |
|  |  |  |  |  |  |
| Rut del Trabajador. |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Profesión del trabajador. |   |
|  |  |  |  |  |  |
| Fecha de inicio de contrato y término (si fuese procedente)-Jornada Laboral,  |   |  |   |  |   |
|  | desde |  | hasta |  | Hrs. Jornada |
|  Tiempo total trabajado medido en años, meses y días, como profesional. |   |  |   |  |   |
|  | Días |  | Meses |  | Años |
| Resumen de funciones profesionales desempeñadas en el empleo que se acredita. |   |
|  |  |  |  |  |  |
| Nombre empleador. |   |
|  |  |  |  |  |  |
| RUT – ROL Empleador |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Razón Social Empleador |  Fono Contacto: …………………………… |
| Firma empleador. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |
| Timbre. |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| ***Se recomienda descargar este formulario, completarlo y escanearlo (legible). Posteriormente, subirlo en la opción “Adjuntar archivos, opción otros” del portal de empleos públicos.*** |

**ANEXO 2**

# MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION SERVICIO SALUD

VIÑA DEL MAR QUILLOTA

UNIDAD DE PERSONAL

**FORMULARIO APELACION**

**A: Comité de Selección.**

**Servicio Salud Viña Quillota**

**Presente**

Yo....................................................................................................Run:................................

con desempeño y/o funciones en el Hospital (*sólo funcionarios*)..........................................,.declaro haber sido notificada (o) de mi puntaje, como resultado de mi postulación al Concurso público de Ingreso a la Planta Titular del estamento …………………………………………… año 2024, del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, ante el que me declaro disconforme por mi puntuación en el (los) siguientes factores evaluados en dicho proceso:

## (MARCAR CON X FACTOR DISCONFORME)

**A)** Estudios y cursos de

Formación Educacional **B**) Experiencia Laboral

Y Capacitación

**C)** Aptitudes específicas

Por los siguientes motivos: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Firma Postulante............................................................................fecha..............................................................

**IMPORTANTE**: Este formulario **sólo se utiliza si el postulante desea apelar al puntaje preliminar obtenido**. La forma de apelación está indicada en el Titulo XII de las presentes bases concursales.