

**FORMULARIO LLENADO POR LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN**

**ANEXO Nº 3**

**FACTOR 1 CAPACITACIÓN PERTINENTE**

* Este Anexo deberá ser llenado por la jefatura del Depto. de Capacitación o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes.
* En este Factor se considerarán la cantidad de horas pedagógicas de capacitación y perfeccionamiento, que el postulante haya efectuado durante los cuatro últimos años, con posterioridad a la fecha de obtención del título profesional, **entre el 01.04.2017 al 31.03.2021.**
* Cada actividad de capacitación y perfeccionamiento debe indicar, nombre de la capacitación, nombre de la entidad formadora, fecha inicio y fecha termino y cantidad de horas.
* No se evaluarán certificados que acrediten coordinación y/o docencia en actividades de capacitación en otras instituciones.
* Dicho Depto. deberá registrar en el anexo el resumen del número total de horas pedagógicas realizadas por el postulante. Además, deberá adjuntar un certificado que acredite las actividades realizadas por el concursante, emitido del Sistema de Informaciones de Recursos Humanos (SIRH).
* Las actividades de capacitación y perfeccionamiento desarrolladas fuera del periodo indicado no serán consideradas para la evaluación.

D. ………………………………….……………………………………………………….., Jefe/a Depto. de Capacitación de la Dirección de Servicio de Salud (*o quien ejerza sus funciones, se debe identificar jefatura y establecimiento)* certifica que D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Registra durante el periodo **01.04.2017 al 31.03.2021** un total de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas PEDAGÓGICAS**, de capacitación. De acuerdo a los registros que posee este depto., y los antecedentes aportados por el postulante.

Se adjunta además certificados correspondientes.

Para constancia

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

Firma de la Jefatura

**Fecha………………………….**