**ANEXO Nº 4**

**ACTIVIDADES DE CAPACITACION PERTINENTE**

(En este Rubro se considerarán todas las Actividades de capacitación y/o perfeccionamiento realizadas por el postulante)

Debe ser completado por el postulante, en forma digital o con letra legible, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad. En el caso de los funcionarios del Servicio de Salud Aconcagua, adjuntar el Certificado Histórico de Capacitación del SSA.

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DEL TÍTULO PROFESIONAL:** |  |

**En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO/ ACTIVIDAD** | **INSTITUCION QUE LO DICTO** | **Nº DE HORAS** | **EVALUACION** | **DESDE** | **HASTA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL DOCUMENTOS ENVIADOS:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO COMISION** | |
| **Horas Totales Capacitación** | **Total Puntaje Rubro** |
|  |  |

**FIRMA POSTULANTE**