

Guía del usuario

**Certificados de Servicios
Prestados**

1 Introducción

Los documentos de Certificación de Servicios Prestados proporcionan una herramienta para la introducción de los datos correspondientes a los servicios prestados en las Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud e Instituciones socio-sanitarias públicas y la impresión de los certificados correspondientes.

Su uso es de gran importancia para la mecanización de los procesos de selección del Servicio Cántabro de Salud ya que se efectúa una lectura óptica de los mismos insertándose los datos del interesado directamente en el software que gestiona el proceso selectivo, por lo que la colaboración de los distintos Servicios de Salud es una ayuda inestimable para la eficacia y desarrollo de los distintos procedimientos.

2 Uso del certificado

2.1 Inserción de los datos de Servicios Prestados

Los datos necesarios para la emisión de los certificados, se informarán en los campos del formulario Adobe Acrobat habilitado a tal efecto:

D/D ^a :		EN CALIDAD DE:		DEL:					
		PERTENECIENTE A:		EN:					
Nombre e identificación del Hospital/Área/Centro		Grado de procedencia		Prestador					
CERTIFICA QUE D/D ^a :				DNI: - -					
HA PRESTADO SERVICIOS EN ESTE CENTRO EN LAS CONDICIONES Y FECHAS QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN									
PERÍODOS INTE- RUMPI- DOS DE NOMBRA- MIENTO	CATEGORÍA O ESPECIALIDAD DEL NOMBRAMIENTO O CONTRATO	SERVICIO O UNIDAD	OBSERVACIONES	NOMBRAMIENTO O CONTRATO			DELIMITACIÓN DE LOS PERÍODOS		
				TIPO DE NOMBRAMIENTO	SITUACIÓN	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA INICIO	FECHA FIN	Años, ME- ses y DÍAS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL LÍNEAS CUMPLIMENTADAS:									
TOTAL SERV. PRESTADOS (en años, meses y días):									
Y PARA QUE CONSTE, FIRMO LA PRESENTE EN							FIRMA Y SELLO		

DESCRIPCIÓN DE LOS CAMPOS

❖ **DATOS DE CABECERA:**

- **D./D^a:** Nombre de la persona que firma el certificado.
- **Cargo:** Cargo que ocupa en el centro la persona que firma el certificado.
- **Ámbito asistencial:** Se indicará si se trata de un Centro cuyo ámbito asistencial sea la Atención Especializada o la Atención Primaria.
- **Nombre del Centro:** Se hará constar el nombre del Centro (Gerencia de Atención Primaria, Hospital...)
- **Perteneciente a:** Se indicará si se trata de una institución perteneciente al Sistema Nacional de Salud o una institución socio-sanitaria pública.
- **EN:** Se seleccionará la provincia donde se encuentra el centro.
- **CERTIFICA QUE D./D^a:** Nombre de la persona que solicita el certificado.
- **D.N.I.:** Documento de identidad de la persona que solicita el certificado. Es necesario introducir también la letra del NIF.

❖ **DATOS DE SERVICIOS PRESTADOS**

Cada línea de la certificación recoge un período ininterrumpido correspondiente a un mismo nombramiento o contrato del interesado. No obstante, aun tratándose del mismo nombramiento o contrato, las modificaciones experimentadas en los servicios prestados por el interesado, que afecten a la información que se recoge en las diferentes columnas de la certificación darán lugar a la cumplimentación de nuevas líneas de la misma: p. e., por cambiar de Servicio o Unidad, pasar a desempeñar otra plaza con carácter temporal o por una interrupción en el nombramiento que no se equipare al servicio activo. En tal caso se cumplimentará una nueva línea que recoja los cambios, y cuya fecha de inicio de los servicios prestados corresponderá a aquella en la que éstos hayan tenido lugar.

- **CATEGORÍA o ESPECIALIDAD DEL NOMBRAMIENTO o CONTRATO:** Se indicará la categoría correspondiente de entre las

establecidas en la lista desplegable. Si el contrato o nombramiento no se corresponde con ninguna de ella, seleccionar la opción de la lista OTRAS.

- **SERVICIO O UNIDAD:** Para el personal Médico y de Enfermería se identificará si los servicios se han prestado en el ámbito de Urgencias de Atención Primaria y/o Especializada. Para el resto de las categorías de personal se deberá señalar la opción “Concordante con la categoría”.
- **Observaciones:** en el caso de que haya elegido la opción OTRAS en la casilla de Categoría ó deberá indicar el nombre de la categoría correspondiente.
- **TIPO DE NOMBRAMIENTO:** Se indicará alguno de los siguientes tipos de nombramiento o contrato:
 - ☐ APD INTG.: nombramiento de Asistencia Pública Domiciliaria integrado.
 - ☐ APD NO INTG.: nombramiento de Asistencia Pública Domiciliaria no integrado.
 - ☐ CUPO/ZONA: nombramiento como personal de cupo o zona
 - ☐ EST: nombramiento estatutario
 - ☐ LAB: contrato laboral
- **SITUACIÓN:** Las situaciones contempladas son las siguientes:
 - ☐ ACT: activo
 - ☐ CAD: contrato alta dirección
 - ☐ CS: adscripción temporal / comisión de servicios
 - ☐ EXCF: excedencia por cuidados familiares
 - ☐ EXEA: excedencia especial en activo
 - ☐ LS: Liberado sindical
 - ☐ NAD: nombramiento alta dirección
 - ☐ PcS: permiso con sueldo
 - ☐ PIT: promoción interna temporal
 - ☐ RP: reingreso provisional
 - ☐ SEA: situación especial en activo
- **TIPO DE VINCULACIÓN.-** Las situaciones contempladas son las siguientes:
 - ☐ FIJO
 - ☐ TEMPORAL

- **FECHA DE INICIO:** Se hará constar la fecha de inicio del nombramiento o contrato, o aquella a partir de la cuál éste sufrió modificaciones en sus condiciones iniciales por alguna de las circunstancias reflejadas en las columnas precedentes. La fecha deberá introducirse en el formato dd-mm-aaaa.
- **FECHA FIN:** Se indicará la fecha de finalización del contrato o nombramiento o bien aquella otra a partir de la cual éste experimentó modificaciones en las condiciones del mismo recogidas en las columnas precedentes. La fecha debe introducirse en formato dd-mm-aaaa. En ningún caso esta fecha podrá ser superior al último día del plazo de presentación de solicitudes de la convocatoria para la cual se solicita la certificación.
- **AA años, MM meses y DD días:** Se deberá introducir el total de años, meses y días de ese periodo teniendo en cuenta la fecha inicio y la fecha fin del contrato o nombramiento. Se escribirá siguiendo el formato prefijado de "AA años, MM meses y DD días".

❖ DATOS DEL PIE:

- **TOTAL LÍNEAS CUMPLIMENTADAS:** Se indicará el número de líneas de servicios prestados que han sido informadas en el certificado. En el caso de acreditar más de 10 periodos deberá utilizarse un nuevo certificado.
- **TOTAL SERV. PRESTADOS (en años, meses y días):** Se deberá introducir el total de años, meses y días considerando todos los periodos acreditados. Se escribirá siguiendo el formato prefijado de "AA años, MM meses y DD días".
- **LUGAR Y FECHA DE FIRMA**

IMPRESIÓN DEL FORMULARIO

Tras informar todos los campos se procederá a imprimir el formulario en un tamaño Din-A4.

Una vez impreso, se deberá firmar y sellar el documento.

2.2 Inserción de los datos de Atención Continuada.

Los datos necesarios para la emisión de los certificados de atención continuada, se informaran en los campos del formulario Adobe Acrobat habilitado a tal efecto:

D/D ^a :		EN CALIDAD DE:		DEL:								
		En:		Ámbito Asistencial								
		Provincia										
CERTIFICA QUE D/D ^a :				DNI:								
HA PRESTADO SERVICIOS EN ESTE CENTRO COMO PERSONAL ESTATUTARIO Y CON NOMBRAMIENTO ESPECÍFICO PARA LA REALIZACIÓN DE ATENCIÓN CONTINUADA/REFUERZOS												
EN LA CATEGORÍA DE:		EN LOS PERÍODOS Y CON EL NÚMERO DE HORAS QUE SE DETALLAN:										
MES		Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO	Nº HORAS EN EL AÑO
ENERO												
FEBRERO												
MARZO												
ABRIL												
MAYO												
JUNIO												
JULIO												
AGOSTO												
SEPTIEMBRE												
OCTUBRE												
NOVIEMBRE												
DICIEMBRE												
Y PARA QUE CONSTE, FIRMO LA PRESENTE EN:		A		DE		DE		DE		FIRMA Y SELLO		

❖ DATOS DE CABECERA:

- **D./D^a:** Nombre de la persona que firma el certificado.
- **Cargo:** Cargo que ocupa en el centro la persona que firma el certificado.
- **Ámbito asistencial:** Se indicará si se trata de un Centro cuyo ámbito asistencial sea la Atención Especializada o la Atención Primaria.
- **Nombre del Centro:** Se hará constar el nombre del Centro (Gerencia de Atención Primaria, Hospital...)
- **EN:** Se seleccionará la provincia donde se encuentra el centro.
- **CERTIFICA QUE D./D^a:** Nombre de la persona que solicita el certificado.

- **D.N.I.:** Documento de identidad de la persona que solicita el certificado. Es necesario introducir también la letra del NIF.

❖ **DATOS DE SERVICIOS PRESTADOS**

Cada columna de la certificación recoge los servicios prestados por el interesado en contratos de atención continuada y/o refuerzos en un año. En cada casilla se detallarán las horas trabajadas en contratos de este tipo en cada mes del año seleccionado en la cabecera. Para acreditar más horas realizadas en otro año diferente se rellenará la siguiente columna.

❖ **DATOS DEL PIE:**

- **LUGAR Y FECHA DE FIRMA**

IMPRESIÓN DEL FORMULARIO

Tras informar todos los campos se procederá a imprimir el formulario en un tamaño Din-A4.

Una vez impreso, se deberá firmar y sellar el documento.