# FICHA DE POSTULACIÓN CONCURSO PÚBLICO

## 1. ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| RUT |  |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| TELÉFONO FIJO |  |
| TELÉFONO MÓVIL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CARGO AL QUE POSTULA |  |
| TITULO PROFESIONAL |  |
| INSTITUCIÓN |  |
| FECHA DE TITULACIÓN |  |

**2-. DOCUMENTOS DE POSTULACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Fichas Postulación |  |
| 2 | Currículum Vitae |  |
| 3 | Copia Cedula de Identidad, por ambos lados |  |
| 4 | Copia legalizada de Título, y/u original o copia legalizada de certificado de título, o licencias, según corresponda al cargo que postula. |  |
| Certificado EUNACOM si procede |  |
| 5 | Certificado de Registro nacional de Prestadores individuales de salud si procede. |  |
| 6 | Declaración Jurada Notarial, en donde se expone, no estar inhabilitado(a) para ejercer cargos públicos, ni hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito. |  |
| 7 | Situación Militar al día, original. (Si corresponde). |  |
| 8 | Declaración Jurada simple de no haber cesado en algún cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria. |  |
| 9 | Certificado de salud compatible con el desempeño del cargo. |  |
| 10 | Copia simple de certificados de asistencia a cursos, indicando la duración de los mismos. |  |
| 11 | Declaración Jurada Notarial |  |
| 12 | Certificados de Antigüedad originales o copias legalizadas. |  |

Nº de Hojas incluida la ficha de postulación:

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de las Bases del presente Concurso Público, a las cuales me someto desde ya.

FIRMA y RUT

# CURRICULUM VITAE POSTULACIÓN CONCURSO PÚBLICO SALUD

## ANTECEDENTES PERSONALES

|  |  |
| --- | --- |
| RUT |  |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| TELÉFONO FIJO |  |
| TELÉFONO MÓVIL |  |

1. **ANTECEDENTES CURRICULARES**

|  |  |
| --- | --- |
| TITULO PROFESIONAL |  |
| INSTITUCIÓN |  |
| FECHA DE TITULACIÓN |  |

## ANTECEDENTES ACADÉMICOS

* 1. POST GRADOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | POST GRADOS | HORAS | INSTITUCIÓN FORMADORA |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

Agregar más líneas si es necesario

## CURSOS DE CAPACITACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | CURSOS DE CAPACITACIÓN | HORAS | INSTITUCIÓN FORMADORA |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |

Agregar más líneas si es necesario

NOTA: Para cada antecedente académico señalado debe adjuntar una fotocopia simple del diploma a esta postulación.

## EXPERIENCIA LABORAL

* 1. PROFESIONAL DE SALUD: EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. OTROS PROFESIONALES: EXPERIENCIA EN GESTION ADMINISTRATIVA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA INGRESO Y TERMINO | INSTITUCIÓN | AÑOS COMPLETOS PERMANENCIA | CARGO DESEMPEÑADO | Referencia y N°Telefónico de Contacto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nombre, RUT y Firma

Longaví, de de 2020