

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL

SUBDIRECCION GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS

HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARÁN

# FORMULARIO DE POSTULACIÓN

**ASIGNACIÓN RESPONSABILIDAD LEY 18.834**

**AÑO 2021**

**I. DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES |
| FECHA NACIMIENTO | EDAD | SEXO  Masculino \_\_\_\_\_\_  Femenino \_\_\_\_\_\_ | CÉDULA DE IDENTIDAD |
| NACIONALIDAD | PROFESIÓN | | |
| DOMICILIO PARTICULAR (Calle y Número) | | | |
| COMUNA | CIUDAD | | REGIÓN |
| TELÉFONOS  Casa :  Oficina :  Fax oficina :  Celular :  E.mail : | OBSERVACIONES | | |

1. **ANTECEDENTES LABORALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVICIO / UNIDAD DONDE SE DESEMPEÑA: | | | |
| CENTRO DE RESPONSABILIDAD | | | |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | | | PLANTA  CONTRATA |
| NOMBRE DEL JEFE DIRECTO | | CARGO DEL JEFE DIRECTO | |
| ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA | ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO | | ANTIGÜEDAD EN EL CARGO QUE ACTUALMENTE DESEMPEÑA |
| OBSERVACIONES: | | | |

**III. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA** (marque con una cruz)

1. Formulario de Postulación

2. Currículum Vitae

1. Relación Años de Servicio
2. Certificados de participación en Comités, encomendación de funciones, etc

5.Certificados de capacitaciones

6. Calificaciones de desempeño

|  |
| --- |
| IMPORTANTE:   * Todos los documentos deberán acompañarse en original o copias cotejadas con los originales, bajo firma y fecha del Ministro de Fe del Hospital Clínico San Borja Arriarán (Jefa Oficina de Partes) * El Comité de Selección, **entenderá ausencia de requisito**, el no completar alguno de los campos de información solicitados en el formulario de postulación. |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DEL POSTULANTE :**  **FIRMA DEL POSTULANTE :** |

**FECHA y HORA DE ENTREGA ANTECEDENTES:**