



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA  
HOSPITAL DE PETORCA

## FICHA DE POSTULACIÓN

### ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

- Debe llenar con letra imprenta o en computador

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
RUT	Correo Electrónico de contacto		
Teléfono Particular	Teléfono Móvil	Otros Teléfonos Contacto	
<b>Cargo a que postula:</b>			
<b>Establecimiento:</b>			

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

Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en el Servicio de Salud en el cargo de

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA  
HOSPITAL DE PETORCA

# CURRICULUM VITAE CIEGO

## ANTECEDENTES PERSONALES

<b>APELLIDOS (PARTERNO Y MATERNO)</b>	
<b>RUT</b>	<b>TELEFONOS (Móvil y/o red fija)</b>
<b>Correo Electrónico Particular(*)</b>	

(\*) Se sugiere no incluir datos de identificación personal

### 1.- TITULOS PROFESIONAL(ES) Y/O GRADOS

*\*Completar sólo si corresponde, indicando sólo aquellos con certificados de títulos y ordenados por fecha descendentemente, es decir, los últimos estudios realizados en primer lugar*

<b>INSTITUCIÓN:</b>	
<b>TITULO:</b>	
<b>Nº DE SEMESTRES</b>	
<b>INGRESO (mes / año)</b>	
<b>EGRESO (mes / año)</b>	
<b>FECHA TITULACION (día/mes/año):</b>	
<b>CIUDAD:</b>	

<b>INSTITUCIÓN:</b>	
<b>TITULO:</b>	
<b>Nº DE SEMESTRES</b>	
<b>INGRESO (mes / año)</b>	
<b>EGRESO (mes / año)</b>	
<b>FECHA TITULACION (día/mes/año):</b>	
<b>CIUDAD:</b>	



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA  
HOSPITAL DE PETORCA

## 2.- EXPERIENCIA LABORAL

### 2.1.- CARGO ACTUAL

Nombre del cargo	:			
Fecha de asunción	:			
Institución o Empresa	:			
Calidad Jurídica	:			
Principales funciones:				
Nº de personas que dependen directamente				
Nº de personas que dependen indirectamente				

### 2.2.- CARGOS ANTERIORES

Nombre del cargo	:				
Institución o Empresa	:				
Depto/ Unidad/ Sección	:				
Período (desde/ hasta)	:				
Principales funciones:					
Nº de personas que dependían directamente					



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA  
HOSPITAL DE PETORCA

<b>Nombre del cargo</b>	:			
Institución o Empresa	:			
Depto/ Unidad/ Sección	:			
Período (desde / hasta)	:			
Principales funciones:	:			
Nº de personas que dependían directamente	:			

<b>Nombre del cargo</b>	:			
Institución o Empresa	:			
Depto/ Unidad/ Sección	:			
Período (desde / hasta)	:			
Principales funciones:	:			
Nº de personas que dependían directamente	:			

<b>Nombre del cargo</b>	:			
Institución o Empresa	:			
Depto/ Unidad/ Sección	:			
Período (desde / hasta)	:			
Principales funciones:	:			
Nº de personas que dependían directamente	:			



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA  
HOSPITAL DE PETORCA

---

### 3. ANTECEDENTES DE CAPACITACION Y/O FORMACION

\* Debe entregar fotocopia simple de los certificados de Capacitación y/o Formación mencionados a continuación

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD DE CAPACITACION Y/O FORMACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	INSTITUCION DONDE LA REALIZO	Nº HRS. PEDAGOGICAS	Nota o Concepto de Evaluación
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

### 4. REFERENCIAS LABORALES

Indicar el nombre de tres jefaturas que hayan estado a cargo de usted

NOMBRE	INSTITUCION	CARGO	FONO PARTICULAR	FONO MOVIL



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA  
HOSPITAL DE PETORCA

---