

SERVICIO DE SALUD AYSEN

DEL. GRAL. CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO

DEPTO, SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.

SECCIÓN ANÁLISIS, RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL.

**ANEXO Nº 01**

**FORMATO ANEXO DE POSTULACIÓN HONORARIOS SENDA**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**1. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Cedula Identidad |  |
| Nombres | **Apellidos** |
|  |  |
| Correo Electrónico Autorizado para el presente Proceso |
|  |
| Teléfono Móvil | **¿Ha participado en otro proceso del Reclutamiento del Servicio Salud Aysén?** |
|  | SI\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ciudad de Residencia | **Domicilio** |
|  |  |

 **2. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Título/ Carrera | Universidad  |
|  |  |
| Fecha de Titulación | Duración de la carrera (indicar número semestres) |
|  |  |

**La presente postulación implica mi aceptación íntegra del llamado a oposición de antecedentes.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |



ANEXOS DE POSTULACIÓN

**RESUMEN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS**

\*Toda documentación ingresada en la carpeta de postulación, debe ser detallada en este formulario detallando el número de hojas de cada documento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DETALLE DE DOCUMENTO(Incluido en su carpeta de postulación) | N° Hojas |  (\*NO marcar. Revisión de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |



ANEXOS DE POSTULACIÓN

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN SSA.

**ANEXO N° 2**

**CURRICULUM RESUMIDO**

(Sin perjuicio de completar el presente formulario, el postulante debe adjuntar certificación de respaldo).

**IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Cedula Identidad | : |
| Nombres | **Apellidos** |
|  |  |

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Título |  |
| Universidad |  |
| Fecha de titulación  |  |

**CAPACITACIÓN PERTINENTE**

(Capacitaciones, Cursos, Seminarios, Diplomados. Indicar solo aquellos con certificados)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre curso | Institución Formadora | Desde (dd-mm-aa) | Hasta (dd-mm-aa) | Horas Duración |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL HORAS DE CAPACITACIÓN |  |

(\*) En caso de que los cursos de Capacitación hayan sido realizados en una institución pública, será válido certificado resumen de estas con firma y timbre de encargado del área Capacitación de la respectiva Institución.

**ACTIVIDADES DE FORMACIÓN**

Indicar sólo aquellos con certificados, los demás no serán ponderados ni considerados

Doctorado / magíster / master:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del doctorado / magíster / master: |  |
| Universidad: |  |
| Fecha obtención Grado Académico: |  |

**ÚLTIMO CARGO DESARROLLADO O EN DESARROLLO** (Sólo cuando corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas |
| 1.- |
| 2.- |
| 3.- |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo.

**TRAYECTORIA LABORAL**

Además del anterior, indique sus últimos tres puestos de trabajo, si corresponde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas |
| 1.- |
| 2.- |
| 3.- |

(\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo. (Años, meses, días)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institución/Empresa | Área/Servicio/División/Departamento | Cargo |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Años-Meses-Días | Tipo de Contrato | Ciudad |
|  |  |  |
| Funciones Principales Realizadas |
| 1.- |
| 2.- |
| 3.- |

 (\*) Usted deberá indicar desde y hasta que año o fecha permaneció en el cargo. (Años, meses, días)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fecha | **Nombre y Firma Postulante** |