

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN  
CONCURSO PÚBLICO DE ANTECEDENTES, AÑO 2020**

**I. IDENTIFICACIÓN POSTULANTE:**

<b>NOMBRE</b>	:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
<b>RUT</b>	:	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>EDAD</b>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>DIRECCIÓN</b>	:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
<b>COMUNA</b>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>REGIÓN</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>NACIONALIDAD</b>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>FONO 1:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>FONO 2:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>E-MAIL</b>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>NIVEL EDUCACIONAL:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>TÍTULO PROFESIONAL</b>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>AÑOS DE TITULACIÓN:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

**II. CARGO AL QUE POSTULA:**

CATEGORÍA	CARGO	HORAS SEMANALES	MARQUE X
A	Médico	44	<input type="checkbox"/>
	Químico Farmacéutico	44	<input type="checkbox"/>
B	Abogado(a)	44	<input type="checkbox"/>
	Arquitecto	44	<input type="checkbox"/>
	Contador Auditor	44	<input type="checkbox"/>
	Enfermero(a)	44	<input type="checkbox"/>
	Ingeniero Comercial	44	<input type="checkbox"/>
C	Técnico Nivel Superior en Enfermería	44	<input type="checkbox"/>
	Técnico en Área Administrativa o RRHH	44	<input type="checkbox"/>
E	Administrativo	44	<input type="checkbox"/>
F	Conductor	44	<input type="checkbox"/>

**III. DOCUMENTOS REQUERIDOS EN POSTULACIÓN (PAUTA CHEQUEO):**

Nº	DOCUMENTO	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	<b>Formulario de Postulación</b> (Anexo 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2	<b>Currículum Vitae</b> (Anexo 2) según modelo adjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3	<b>Certificado de título</b> original o copia autorizada ante notario de título profesional y postgrados aprobados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4	<b>Copia de cédula de identidad</b> , por ambos lados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5	<b>Certificado de Nacimiento</b> en original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
6	<b>Certificado de Antecedentes</b> original (actualizado con fecha de emisión no superior a 30 días a su presentación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
7	<b>Declaración Jurada Notarial</b> (Anexo 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<b>Certificados y/o Diplomas</b> originales o copias legalizadas ante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
8	Notario o copias simples (debidamente cotejadas por el Jefe de Personal de Salud de la Municipalidad de Padre Hurtado) de cursos de capacitación, que indiquen duración en horas, calificación e institución otorgante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
9	<b>Certificados de antigüedad laboral</b> que indiquen claramente los períodos trabajados y referencias laborales (firmados por el empleador, entidad administradora respectiva o Jefe de Personal. En caso de no precisar fechas no serán considerados para el puntaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

# CURRICULUM VITAE

## I. ANTECEDENTES PERSONALES:

**NOMBRE COMPLETO** :   
**RUT** :  .  .  -       **FECHA DE NACIMIENTO:**     
**DIRECCIÓN** :   
**COMUNA** :       **REGION:**   
**NACIONALIDAD** :       **ESTADO CIVIL:**   
**E-MAIL** :       **TELEFONO:**

## II. ANTECEDENTES ACADEMICOS:

1 **TÍTULO DE PROFESIONAL** :   
 2 **INSTITUCIÓN OTORGANTE** :   
 3 **CURSOS DE CAPACITACIÓN** : (Sólo los que cumplen lo exigido en las bases, ordenados desde lo actual hasta 60 meses hacia atrás)

FECHA	NOMBRE DEL CURSO	CALIFICACION	DURACION EN HORAS	INTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*REPETIR ANEXO SI LO AMERITA

## III. ANTECEDENTES DE EXPERIENCIA LABORAL: ordenados desde lo actual hacia atrás

FECHA		PERIODO EN		CARGO	INTITUCIÓN
INICIO	TERMINO	AÑOS	MESES		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*REPETIR ANEXO SI LO AMERITA

## IV. OTROS ANTECEDENTES: incluir otros cursos, publicaciones, docencias etc.

FECHA		PERIODO EN		CARGO	INTITUCIÓN
INICIO	TERMINO	AÑOS	MESES		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*REPETIR ANEXO SI LO AMERITA

**FIRMA DEL POSTULANTE** :   
**FECHA POSTULACION** :

## DECLARACIÓN JURADA NOTARIAL

YO \_\_\_\_\_ ,  
 cédula nacional de identidad \_\_\_\_\_ , de profesión \_\_\_\_\_ ,  
 domiciliado en \_\_\_\_\_ ,  
 Comuna de \_\_\_\_\_ ; vengo por este acto en declarar bajo juramento lo  
 siguiente:

- a) Tener Salud compatible para el desempeño del cargo al cual postulo, al tenor de lo establecido en el artículo 13° N°3 de la Ley 19.378 “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal” y sus modificaciones.
- b) No haber cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria en los últimos cinco años, contados desde la fecha de expiración de funciones, ni estar en la actualidad sometido a investigación sumaria ni a sumario administrativo de acuerdo a lo que establece la Ley N° 18.883.
- c) No estar inhabilitado(a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no estar condenado(a), ni o procesado (a) por crimen o simple delito al tenor de lo establecido en el artículo 13° N°5 de la Ley 19.378 sobre “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal” y sus modificaciones.
- d) No estar inhabilitado(a) conforme a lo dispuesto en el artículo 56° letras a), b) y c) de la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido se encuentra contenido en el DFL 1 / 19.653, publicado en el diario oficial de 17 de Noviembre de 2001.
- e) No estar inhabilitado para trabajar con menores de edad, es decir, no haber sido condenado por delitos sexuales o de connotación sexual contra menores, según lo dispuesto en la Ley 19.927 y Ley 20.594 y sus modificaciones.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso Público de antecedentes que provee cargos en calidad de titulares, de acuerdo a lo en el Art 46 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y en relación a lo dispuesto en el Art. 14 de la Ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal estipulado en la ley 19.378.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DECLARANTE

PADRE HURTADO, \_\_\_\_\_ DE 2020