



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

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	
Cargo a que postula:			
Establecimiento:			

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
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

CURRICULUM VITAE CIEGO

ANTECEDNETES PERSONALES

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

(*) 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*

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

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



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

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
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

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

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

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
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

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
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS**
