Sección Gestión de Personas

N° DE POSTULACIÓN: _____
(Uso exclusivo del municipio)

FECHA: _____

FICHA DE POSTULACIÓN CONCURSO PÚBLICO DE ANTECEDENTES DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TEMUCO

INFORMACIÓN DEL CARGO

CARGO	
JORNADA	
LUGAR DE TRABAJO	

ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO				
APELLIDO MATERNO				
NOMBRES				
TELÉFONO				
CORREO ELECTRÓNICO				
¿PRESENTA USTED ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD?	**SI**		**NO**	
	¿Cuál?			
IMPORTANTE: NO SE DEVOLVERAN LOS ANTECEDENTES				

EXPERIENCIA LABORAL CARGOS DIRECTIVOS

IMPORTANTE

Solo se considerará la experiencia laboral en el desempeño de funciones como **director/a, subdirector/a, coordinador/a y/o jefaturas** de programas en establecimientos de Atención Primaria de Salud dependientes de municipios; así como cargos de dirección o subdirección en hospitales familiares comunitarios, y jefaturas en Servicios de Salud vinculadas a la Atención Primaria. Esta experiencia deberá estar debidamente acreditada mediante certificados, decretos y/o contratos.

N°	MUNICIPALIDAD O SERVICIO	CARGO DESEMPEÑADO	DESDE (DÍA, MES, AÑO)	HASTA (DÍA, MES, AÑO)	TOTAL (AÑOS Y MESES)

MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

EXPERIENCIA LABORAL
EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

IMPORTANTE

Solo se considerará la experiencia laboral desarrollada en establecimientos de Atención Primaria de Salud dependientes de municipios y/o de Servicios de Salud, posterior a la obtención del título profesional. Esta deberá estar debidamente acreditada mediante certificados, decretos y/o contratos.

N°	MUNICIPALIDAD O SERVICIO	CARGO DESEMPEÑADO	DESDE (DÍA, MES, AÑO)	HASTA (DÍA, MES, AÑO)	TOTAL (AÑOS Y MESES)

CAPACITACIÓN Y ESTUDIOS DE POSTGRADO
(DIPLOMADOS, MAGÍSTER O DOCTORADOS)

IMPORTANTE

Solo se considerarán los estudios de Diplomados, Magíster y/o Doctorados relacionados **con Salud Familiar y/o Salud Pública**, realizados con posterioridad a la obtención del título profesional. Estos deberán estar debidamente acreditados mediante las certificaciones correspondientes.

N°	NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN CAPACITADORA	AÑO	HORAS	USO EXCLUSIVO DEL MUNICIPIO

MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CAPACITACIÓN
CURSOS ATINGENTES

IMPORTANTE

Solo se considerarán aquellos estudios que guarden relación directa con el ejercicio de **cargos directivos**. Estos deberán estar debidamente certificados e indicar, como mínimo, el número de horas pedagógicas cursadas.

N°	NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN CAPACITADORA	AÑO	HORAS	USO EXCLUSIVO DEL MUNICIPIO

MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD