***(Ciudad, día, mes, 2022)***

**ANEXO 1 Ficha de Postulación**

**Concurso público de directores Centros de Atención Primaria**

**Corporación Municipal de Viña del Mar**

**1. IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| DOMICILIO |  |
| TELÉFONO DE CONTACTO |  |
| NACIONALIDAD |  |

**2. ANTECEDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| PROFESIÓN |  |
| CARGO ACTUAL\* |  |
| INSTITUCIÓN ACTUAL\* |  |
| MOTIVO DE POSTULACIÓN |  |

\*Si actualmente no se encuentra trabajando debe colocar No Aplica.

Mediante esta postulación declaro mi completa aceptación a todo aquello lo indicado en las bases al concurso que postulo mediante el ingreso del presente expediente de postulación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, RUT y Firma del postulante

**ANEXO 2 REQUISITOS DE POSTULACIÓN**

Por este medio quien suscribe declara que los siguientes antecedentes que adjunto son oficiales y no han sido alterados o modificados de forma alguna:

1. Currículum.

2. Certificado de antecedentes para fines especiales.

3. Certificado de nacimiento o certificado de nacionalizado si corresponde.

4. Cédula de identidad por ambos lados legalizada ante notario.

5. Certificado de situación militar cuando corresponda.

6. Certificado de salud compatible para el ejercicio de cargo de director(a) de un Centro de

Salud Familiar, emitido por médico de algún prestador institucional público o privado.

7. Copia legalizada de certificado de título profesional de una carrera de a lo menos 8 semestres, en el caso de “otros profesionales” deberá adjuntar además acreditación de la formación en el área de salud pública legalizada ante notario.

8. Declaración jurada ante notario de no estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito.

9.- Declaración jurada ante notario de no haber cesado en algún cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria los últimos 5 años.

Adicionalmente, me encuentro en conocimiento que de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes que he presentado, ésta misma quedará invalidada en cualquier etapa del presente concurso, sin perjuicio de las demás acciones civiles o penales que pudieran derivar de este acto en contra de mi persona.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, RUT y Firma del postulante

**ANEXO 3 Curriculum Resumido**

En este apartado deberá adjuntar al currículum los certificados originales o copias legalizadas que avalen su experiencia, postítulos y postgrados. Los certificados de cursos podrán ser incorporados como copia simple.

1. ANTECEDENTES PERSONALES.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE (Mayúscula y en negro) | |
|  | |
| RUT | NACIONALIDAD |
|  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO | EDAD |
|  |  |
| ESTADO CIVIL | DIRECCION |
|  |  |
| FONO (casa, oficina, celular) | E-MAIL (personal y oficina) |
|  |  |

**2. TITULO(S) PROFESIONAL(ES) Y/O GRADOS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TITULO –Indicar Universidad o Instituto, y Año de Titulación** | | |
| **Título y/o Grado** | **Universidad o Instituto** | **Año Titulación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. EXPERIENCIA LABORAL : Los cargos ejercidos que indique no se deben superponer, por tanto debe completarlo diferenciando la labor realizada conforme al título de cada tabla (puede agregar cuantas filas le sean necesarias)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en atención primaria de salud | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en gestión en Atención Primaria de salud en cargos de Dirección o Sub Dirección. | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en gestión en Atención Primaria de salud en cargos de Jefatura de programa, jefatura de sector, coordinación CECOSF u otras unidades en el contexto | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en otras áreas de la salud pública o docencia universitaria. | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. PERFECCIONAMIENTO.**

**4.1 Post-Grados y/o Post título.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESDE LO MAS RECIENTE, EN EL SIGUIENTE ORDEN (Doctorado, Magíster, Diplomado) | | | |
| **Año de Titulación** | **Nombre****Postgrado y/o Postítulo** | **Institución** | **Duración (Indique cantidad de horas)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4.2 Seminarios, Cursos, Talleres, otros.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESDE LO MÁS RECIENTE, EN EL SIGUIENTE ORDEN: | | | |
| **Año de Egreso** | **Nombre****Curso** | **Institución** | **Duración (Indique número de cantidad de horas)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

5**. INFORMACIÓN ADICIONAL**

|  |
| --- |
| COMPLETE TODA OTRA AQUELLA EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL QUE CONSIDERE RELEVANTE PARA EL PRESENTE PROCESO. |
|  |

**6. REFERENCIAS**

|  |
| --- |
| Indique las referencias laborales (nombre, cargo y medio de contacto) de su experiencia profesional |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. ADJUNTOS**

**Declaro que adjunto \_\_\_\_\_ documentos al presente currículum.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, Rut, Fecha, Firma**

**ANEXO 4** **DECLARACIÓN JURADA**

**(Legalizada ante notario público)**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento no estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito, ni haber cesado en cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria, aplicada en conformidad a la Ley 18.834.

Asimismo, declaro conocer y aceptar las Bases del Concurso, que la información proporcionada tanto en lo personal como la documentación que la certifica, es fidedigna, y por tal motivo:

- Autorizo a la Corporación Municipal Viña del Mar para el Desarrollo Social, para que ejecute las acciones que estime pertinentes para la verificación de mis antecedentes, y eventualmente ejercer acciones legales en caso de que alguno de estos antecedentes sea falso.

- Acepto la anulación absoluta de mi postulación en el evento de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes presentados.

-----------------------------------------------------

**Nombre, Rut y Firma del postulante**