**FORMULARIO DE POSTULACION**

**ANEXO N°1**

1. **IDENTIFICACION DEL POSTULANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Apellido paterno** | **Apellido materno** |
|  |  |
| **Teléfono** | **Celular** |
|  | |
| **Correo Electrónico** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III** | **DOCUMENTOS ADJUNTOS** | **PRESENTA DOCUMENTO** | |
| **SI** | **NO** |
| a) | Formulario de Postulación. |  |  |
| b) | Formulario Currículum Ciego |  |  |
| c) | Licencia de Enseñanza Media aprobada o Certificado de Enseñanza media para fines Laborales emitido por el Ministerio de Educación. |  |  |
| d) | Copia de Certificados o documentos que acrediten experiencia laboral como auxiliar. Para ello debe adjuntar relaciones de servicios, contratos de trabajo, finiquitos, certificado emitido por jefatura del servicio y certificado de desempeño honorarios, que especifique claramente fechas de inicio y término de las funciones acreditar. |  |  |
| e) | Copias simples de Certificados de Capacitación solicitadas y/o reporte histórico de capacitaciones |  |  |
| f) | Postulantes a Unidad traslado de paciente, copia licencia de conducir clase A2/A3 y hoja de vida de conductor. |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

1. **CARGO AL CUAL POSTULA**

La recepción de postulaciones y antecedentes será desde el **día 24 de febrero 2023 hasta el 06 de marzo 2023, ambos días inclusive,** en Oficina de Partes del Hospital Base Valdivia, ubicada en Bueras Nº 1003, de lunes a viernes de 08:00 a 13:00 horas, en un sobre cerrado, indicando

***POSTULANTE PROCESO DE SELECCIÓN INTERNO LOCAL***

***CARGO AUXILIAR***

***FAVOR MARQUE CON X CARGO/S AL CUAL/ES POSTULA***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **AREA DE DESEMPEÑO** | **DIURNO** |
|  | SUBDEPTO. BANCO DE SANGRE |  |
|  | SUBDEPTO. CIRUGÍA ADULTO |  |
|  | SUBDEPTO. NEUROLOGÍA |  |
|  | SUBDEPTO. SERVICIOS Y LOGISTICA |  |
|  | UNIDAD TRASLADO DE PACIENTES |  |

***HOSPITAL BASE VALDIVIA.***

***APELLIDO PATERNO – APELLIDO MATERNO***

**FORMULARIO CURRICULUM CIEGO \***

**ANEXO N°2**

**I. DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Apellido paterno** | **Apellido materno** |
|  |  |
| **Teléfono** | **Celular** |
|  | |
| 1. **Correo Electrónico** | |

**II. TÍTULO (S) PROFESIONAL(ES) Y/O GRADOS**

(Indique sólo aquellos con certificados)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Indicar nombre del Título** | **Período de Estudio**  **(Ingreso mm/aaaa - Egreso mm/aaaa)** | **Institución** |
|  |  |  |
| **Fecha Titulación (dd/mm/aaaa)** | **Duración de la Carrera**  (**indicar número de semestres)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Indicar nombre del Título** | **Período de Estudio**  **(Ingreso mm/aaaa - Egreso mm/aaaa)** | **Institución** |
|  |  |  |
| **Fecha Titulación (dd/mm/aaaa)** | **Duración de la Carrera**  **(Indicar número de semestres)** |  |

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

\* De acuerdo al Código de Buenas Prácticas Laborales, el formulario de postulación y el currículum ciego solicitado deberán contener sólo los apellidos del postulante, sin nombre. Tampoco incluir foto, rut, dirección, ni señalar sexo, estado civil u otra identificación.

**III. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (Doctorados, Magíster, Diplomados, Postítulos)**

Completar solo si corresponde, indicando solo aquellos concertificados.

Insertar los cuadros necesarios, de acuerdo a los títulos obtenidos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre** | **Período de Estudio**  **(Desde mm/aaaa - Hasta mm/aaaa)** | **Institución** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre** | **Período de Estudio**  **(Desde mm/aaaa - Hasta mm/aaaa)** | **Institución** |

**IV. CAPACITACIÓN**

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

Insertar la cantidad de filas necesarias, de acuerdo a los cursos realizados.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Curso y/o Seminario** |  |
| **Fecha: desde / hasta** |  |
| **N° de horas** |  |
| **Calificación Obtenida** |  |
| **Nombre de la Institución** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Curso y/o Seminario** |  |
| **Fecha: desde / hasta** |  |
| **N° de horas** |  |
| **Calificación Obtenida** |  |
| **Nombre de la Institución** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Curso y/o Seminario** |  |
| **Fecha: desde / hasta** |  |
| **N° de horas** |  |
| **Calificación Obtenida** |  |
| **Nombre de la Institución** |  |

**IV. EXPERIENCIA LABORAL**

(Indicar su trayectoria laboral desde el más actual, indicar solo si presenta certificados)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Institución o Empresa** |  |
| **Departamento/Unidad/Área de Desempeño** |  |
| **Cargo** |  |
| **Período de permanencia (desde/hasta)** |  |
| **Tipo de Contrato** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Descripción General de Funciones Realizadas y Principales Logros** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Institución o Empresa** |  |
| **Departamento/Unidad/Área de Desempeño** |  |
| **Cargo** |  |
| **Período de permanencia (desde/hasta)** |  |
| **Tipo de Contrato** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Descripción General de Funciones Realizadas y Principales Logros** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**V. OTROS ANTECEDENTES**

|  |
| --- |
| **Aquí ud. puede ingresar información que considere relevante, como cursos no certificados, participación en organizaciones, uso de software, idiomas, hobbies, etc.** |
|  |

**VI. MOTIVACIÓN PARA POSTULAR AL CARGO**

|  |
| --- |
| **Indique brevemente cuáles son sus motivaciones para postular al cargo y/o para trabajar en el Hospital Base Valdivia. Señale cuál sería su aporte.** |
|  |

1. **REFERENCIAS LABORALES**

|  |
| --- |
| **Mencione nombre, cargo y teléfono de sus tres últimos empleadores. Debe consignar a un superior jerárquico al cargo que ud. ocupó.** |
|  |