



FORMULARIO UNICO POSTULACION Y ANTECEDENTES

Recuerde completar en forma clara y precisa el presente formulario (además de firmar en la parte inferior derecha), posteriormente guarde el archivo como documento PDF (pdf) con el siguiente formato: apellidos del postulante.pdf y envíe por UNICA VEZ al correo electrónico silvana.gomez@redsalud.gov.cl indicando en el asunto el nombre del cargo a postular.

Es importante señalar que el postulante deberá acreditar los requisitos del llamado a Selección con la certificación solicitada, para ser considerados en el proceso.

I. INDIVIDUALIZACION DEL POSTULANTE

| | |
|---------------------------------|--|
| Nombre: | |
| Rut: | |
| Teléfono de contacto: (*) | |
| Correo electrónico: (*) | |
| Comuna: | |
| Fecha de Postulación: | |
| Ciudad a la que postula: | |
| Establecimiento al que postula: | |
| Cargo al que postula: | |

(*) Información obligatoria ya que será el medio de comunicación con el postulante al proceso.

II CARGO ACTUAL QUE DESEMPEÑA O ULTIMO TRABAJO DESEMPEÑADO (Señalar si trabaja en Servicio Público o Privado, indicar cuál)

| | |
|---|--|
| Cargo: | |
| Planta y Grado: | |
| Establecimiento: | |
| Tiempo servido en su último y/o actual trabajo: | |

III SEÑALAR MOTIVACIONES QUE INDUCEN SU POSTULACIÓN A ESTE CARGO

| |
|--|
| |
|--|

Nombre y Firma del Postulante