# FORMULARIO DE POSTULACIÓN PASANTÍAS PROFESIONALES – CURRÍCULUM CIEGO

* **Proceso 2016 -**

*IMPORTANTE:*

***NOTA N° 1:*** *Para cumplir con el requerimiento de que este formulario de postulación sea anónimo, no se deberá adjuntar ningún tipo de certificación o documento de respaldo. Estos deberán estar disponibles en sobre sellado en cuyo exterior sólo se coloque el RUT del postulante. Dicho sobre será abierto cuando la comisión local de evaluación asigne los puntajes.*

***NOTA N° 2:*** *Los profesionales que integren la comisión local de evaluación* ***no podrán*** *postular y si lo hacen, deben renunciar a ser miembros de ésta.*

***NOTA N° 3:*** *La comisión local de evaluación de postulantes a las pasantías debe verificar el cumplimiento de los requisitos de postulación definidos en la Resolución que regula este proceso.*

#### **PASANTIA A LA CUAL SE POSTULA**

#### Marque con una X la Pasantía a la cual postula. Cada funcionario podrá postular a solo una Pasantía.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Diplomado Adulto Mayor. |
|  | Diplomado Prevención, Mitigación y Manejo de Desastres en Salud Pública. |
|  | Diplomado Educación de la sexualidad, salud sexual y derechos humanos. |
|  | Prevención y Manejo de Enfermedades Crónicas: Hipertensión y Diabetes. |
|  | Diplomado Coordinación del Proceso de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células |
|  | Diplomado de Redes Integradas de servicios de salud, RISS. |

# I.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

#### **(1) RUT**

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

#### **(2) FECHA DE NACIMIENTO**

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

Día Mes Año

**(3) TELÉFONO (4) CELULAR**

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

Código N° Teléfono

**(5) MAIL**

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

**(6) TÍTULO PROFESIONAL:**

|  |
| --- |
|  |

**II.- ANTECEDENTES LABORALES DEL POSTULANTE**

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

#### **(7) SERVICIO DE SALUD (8) ESTABLECIMIENTO**

#### **(9) CIUDAD DEL ESTABLECIMIENTO (10) COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO**

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

#### **(11) SERVICIO / UNIDAD DE TRABAJO**

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

#### **(12) PLANTA (13) CARGO** (Supervisor, Jefe, encargado o coordinador de unidad / programa, profesional de nivel operativo, etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Profesional |  |  |
|  | Directivo de carrera |

(14) ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº Años** | **Nº Meses** | **Nº Días** |
|  |  |  |

(Indicar el **total** de años, meses y días que se ha desempeñado en los distintos establecimientos pertenecientes al respectivo Servicio de Salud)

(15) ANTIGÜEDAD EN LA PLANTA A LA QUE PERTENECE ACTUALMENTE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº Años** | **Nº Meses** | **Nº Días** |
|  |  |  |

(Indicar el **total** de años, meses y días en la Planta Profesional de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud)

(16) PARTICIPACIÓN EN PROCESOS DE PASANTÍAS ANTERIORES primera versión 2007 – 2010 y proceso 2015. (Marcar con una “X” según corresponda)

|  |  |
| --- | --- |
| He participado |  |
| NO he participado |  |

(Marcar con una “X” según corresponda)

(17) NOTA ÚLTIMA CALIFICACIÓN (2015)

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

**(18) PARTICIPACIÓN EN LA COMISIÓN LOCAL DE EVALUACIÓN DE PASANTÍAS DEL SERVICIO DE SALUD Y/O COMITÉ ASESOR DE PASANTÍAS QUE FUNCIONA EN EL MINSAL.**

|  |  |
| --- | --- |
| Participo |  |
| NO participo |  |

(Marcar con una “X” según corresponda)

**(19) PARTICIPACIÓN DEL POSTULANTE EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LA PROFESIÓN, DE LA GESTIÓN Y ORGANIZACIONALES:** Marque con una X las instancias en las cuales se encuentra participando actualmente o ha participado en los últimos tres años tanto en el SS como en establecimientos.

# Internas: Administrativas y Gestión

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consejo administrativo de bienestar |
|  | Comité de ética |
|  | Comité de mejoramiento del entorno laboral (MEL) |
|  | Comité paritario de higiene y seguridad |
|  | Comité Bipartito de Capacitación |
|  | Comité de emergencias y catástrofes |
|  | Comité de navidad |
|  | Juntas Calificadoras |
|  | Culturales, Deportivas y Escolares |
|  | Otras (Especificar): |

# Internas: Técnico Asistenciales

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consejos técnicos administrativos |
|  | Consejo técnico ampliado |
|  | Comité de Infecciones Intrahospitalaria y/o Encargados de unidad o servicio |
|  | Comité de farmacia |
|  | Comité de abastecimiento |
|  | Equipos de atención espiritual |
|  | Equipos de cuidados paliativos y alivio del dolor |
|  | Equipos de normalización de establecimientos |
|  | Equipos de patrimonio cultural y otros de similar naturaleza. |
|  | Capacitación interna o capacitación en servicio (docencia) |
|  | Otras (Especificar): |

# Internas: Participación en Asociaciones Gremiales

|  |  |
| --- | --- |
|  | Integrante de la directiva nacional, regional y/o local o de equipos de trabajo gremiales |

**Externas: Comunitarias y Sociales**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Comité consultivo de salud |
|  | Hospital amigo |
|  | Consejo de desarrollo hospitalario |
|  | Consejo de Presupuesto participativo |
|  | Actividades de voluntariado |

**(20) PERTINENCIA DEL PROGRAMA CON LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA Y NECESIDADES DEL SERVICIO:**

**Conteste brevemente lo siguiente:**

1. **Especifique las principales funciones que cumple hoy en su establecimiento, unidad, servicio o puesto de trabajo y que se relacionan directamente con los objetivos y temas de la pasantía a la que postula:**

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

1. **Al término de la pasantía, ¿qué aprendizajes personales y profesionales espera obtener que le permita transformar las prácticas cotidianas y su visión sobre la atención de salud proporcionada? (Impacto esperado que, en su opinión, producirá su participación en la pasantía).**

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

1. **Señale los desempeños en su puesto de trabajo que darán cuenta de la aplicación de lo aprendido durante la pasantía**

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

1. **Señale si en su servicio o unidad se está desarrollando programas y/o proyectos, o están previsto de desarrollar en el corto plazo (un año), directamente relacionados con el tema de la pasantía que justifique este perfeccionamiento. Indique el nombre del proyecto o programa, descríbalo brevemente y detalle su participación en éste.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del proyecto** |  |
| **Descripción** |  |
|  |
|  |
| **Fecha inicio ejecución** |  |
| **Participación del postulante en el proyecto** |  |
|  |

**NOTA: DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN ESTA FICHA ES FIDEDIGNA Y ESTOY EN CONDICIONES DE APORTAR LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO EN EL MOMENTO EN QUE ME SEAN REQUERIDOS POR LA COMISIÓN LOCAL DE EVALUACIÓN.**