# FORMULARIO DE POSTULACIÓN PASANTÍAS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y AUXILIARES – CURRÍCULUM CIEGO

* **Proceso 2016 -**

***IMPORTANTE:***

***NOTA N° 1:*** *Para cumplir con el requerimiento de que este formulario de postulación sea anónimo, los antecedentes de respaldo deberán estar disponibles en un 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 y/o Comité Asesor* ***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.*

***NOTA N° 4****: Cada funcionario podrá postular a un solo programa de pasantías de los disponibles en el año en curso, a través de la presentación de un único formulario. Los antecedentes de los funcionarios que postulen a más de un programa de pasantías, a través de la presentación de uno o más formularios, no serán considerados quedando su postulación fuera del proceso de selección.*

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. |
|  | Embarazo en la adolescencia desde un enfoque de género y derecho. |
|  | Rehabilitación neurológica, ortopédica y traumatológica. |
|  | Calidad de la atención y trato al usuario. |

# I.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

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

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

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

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

Día Mes Año

#### **(3) TELÉFONO (4) CELULAR**

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

Código N° Teléfono

**(5) MAIL**

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

**(6) TÍTULO (cuando corresponda):**

|  |
| --- |
|  |

**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** (especifique la principal función que realiza)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Técnico |  |  |
|  | Administrativo |
|  | Auxiliar |

(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 de Técnico, Administrativo o Auxiliar de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud)

(16) PARTICIPACIÓN EN PROCESOS DE PASANTÍAS ANTERIORES (primera versión 2009 – 2010 y proceso 2015).

|  |  |
| --- | --- |
| 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) 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. **¿Cuáles son las posibilidades de mejoras que usted detecta en su trabajo y que podrían ser modificadas con esta experiencia de perfeccionamiento (Impacto esperado en su trabajo, 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 que aprenda durante la pasantía.**

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

**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.**