



HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES
 "DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA"
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
 Unidad Ciclo de Vida Laboral



FORMULARIO UNICO POSTULACION Y ANTECEDENTES

Recuerde completar en forma clara y precisa el presente formulario (además de firmar en la parte inferior derecha).

Es importante señalar que el postulante deberá acreditar vínculo contractual con el Hospital Clínico Magallanes o con algún Establecimiento dependiente del Servicio de Salud Magallanes por el periodo comprendido del 01.01.2018 al 20.07.2018 de manera continua o discontinua y de manera contractual en calidad de:

- **Suplente**
- **Reemplazante**
- **Honorario**
- **Compra de Servicio**

DEBERÁ adjuntar la Certificación correspondiente 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

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