



Hospital Clínico Magallanes
Dr. Lautaro Navarro Avaria
Subdirección de Gestión y Desarrollo
de las Personas



ANEXO 1

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

(Requiere firma en cada una de las hojas en la parte inferior derecha)

I. ANTECEDENTES PERSONALES:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DOMICILIO PARTICULAR (indicar ciudad y región)		
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR	
INSTITUCIÓN DE TRABAJO ACTUAL		
FONO INSTITUCIONAL (ANEXO)	CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL	

II. IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN:

CARGO AL QUE POSTULA	
CALIDAD JURÍDICA	

FIRMA



Hospital Clínico Magallanes
 Dr. Lautaro Navarro Avaria
 Subdirección de Gestión y Desarrollo
 de las Personas



III. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

TITULO			
INSTITUCIÓN EDUCACIONAL			
FECHA TITULACION		CANTIDAD DE SEMESTRES	

IV. LISTADO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA POSTULACIÓN

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

FIRMA

ANEXO 2

ANEXO CONCURSO INGRESO A LA CONTRATA DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo _____, Cédula de Identidad N° _____,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Tener salud compatible con el cargo (Artículo 12 letra c del Estatuto Administrativo)
- No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años (Artículo 12 letra e del Estatuto Administrativo)
- No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito (Artículo 12 letra f del Estatuto Administrativo)
- No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

FIRMA y RUT

FECHA

ANEXO 3

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Postulante no se encuentra afecto a inhabilidades

Yo _____, Cédula de Identidad N° _____,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

No estar afecto a las inhabilidades administrativas señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, a saber:

- Tener vigentes o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendientes a 200 UTM o más, con el Servicio.
- Tener litigios pendientes con el Servicio, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.
- Ser director, administrador, representante o socio titular del 10% o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendientes a 200 UTM o más, o litigios pendientes con el Servicio.
- Ser cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo por afinidad inclusive de las autoridades y de los funcionarios directivos del Servicio hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente inclusive.
- Hallarse condenado/a por crimen o simple delito

FIRMA y RUT

FECHA

ANEXO 4

CERTIFICADO EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA

Quien suscribe, certifica que _____, RUT _____, se ha desempeñado en el (los) siguiente (s) cargo (s) y con las funciones específicas que más abajo se detallan, durante el tiempo que se indica.

CARGO Y FUNCIÓN (Indicar nombre del cargo, estamento al que pertenece, detalle las responsabilidades ejercidas durante el periodo y en el evento)	DESDE (Día /mes/año)	HASTA (Día /mes/año)

Se extiende el presente certificado, que tiene carácter de declaración jurada simple, a solicitud de dicho (a) postulante, para los fines de acreditar experiencia específica, antecedente que servirá de base para evaluar su postulación a concurso.

CARGO DE QUIEN SUSCRIBE: _____

NOMBRE: _____

RUT: _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____

Lugar, fecha: _____

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO EN OFICINA DE PARTES
HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES

Yo _____, rut
_____, con fecha
_____, hago entrega de sobre para postular a
Concurso _____.

Timbre y fecha recepción Oficina de Partes