



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



**FORMULARIO ÚNICO POSTULACIÓN CARGO CONTRATA PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES EN EL HOSPITAL CLÍNICO
MAGALLANES**

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 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: | |
| 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