**ANEXO N°1**

**“FICHA DE POSTULACIÓN”**

ANTECEDENTES DEL POSTULANTE:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre(s) | Primer Apellido |
|  |  |
| Segundo Apellido | RUN |
|  |  |
| **Correo electrónico autorizado para el presente Concurso:**\*Se considerará medio preferente de notificación según lo dispuesto en la letra a) del artículo 30 de la Ley N° 19.880. |
|  |
| Dirección para notificación |
|  |
| Teléfono Particular | Teléfono Móvil | Otros teléfonos de contacto |
|  |  |  |

IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN

\* (Indicar la postulación en orden decreciente de preferencia, comenzando por la de mayor interés hasta terminar con la de menor interés)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CÓDIGO | PLANTA/ESTAMENTO  | GRADO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| SEÑALE SI PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD QUE LE PRODUZCA IMPEDIMENTO O DIFICULTAD EN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE SELECCIÓN QUE SE LE ADMINISTRARÁN |
| SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| Si la respuesta es sí, favor indique cual es |  |

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de las Bases del presente Proceso de Selección, a que me someto desde ya.

Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en la Institución que realiza esta convocatoria.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**ANEXO N°2**

**“CURRICULUM VITAE”**

IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre(s) | Primer Apellido |
|  |  |
| Segundo Apellido | RUN |
|  |  |
| Teléfono particular | Teléfono móvil |
|  |  |
| Correo Electrónico Autorizado |
|  |

IDENTIFICACIÓN DEL (LOS) CARGO(S) A QUE POSTULA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CÓDIGO | PLANTA/ESTAMENTO | GRADO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1.- TÍTULO PROFESIONAL, TÉCNICO Y/O GRADO ACADÉMICO

\*Completar sólo si corresponde, indicando sólo aquellos con certificados de título.

|  |
| --- |
| TÍTULO PROFESIONAL/ TÍTULO TÉCNICO NIVEL SUPERIOR/ GRADO ACADÉMICO |
|  |
| INGRESO (mes, año) | EGRESO (mes, año) |
|  |  |
| FECHA TITULACIÓN (día, mes, año) |
|  |
| Duración de la Carrera (indicar en número de semestres) |
|  |

|  |
| --- |
| TÍTULO PROFESIONAL/ TÍTULO TÉCNICO NIVEL SUPERIOR/ GRADO ACADÉMICO |
|  |
| INGRESO (mes, año) | EGRESO (mes, año) |
|  |  |
| FECHA TITULACIÓN (día, mes, año) |
|  |
| Duración de la Carrera (indicar en número de semestres) |
|  |

2.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS

\*(Indicar sólo aquellos con certificados, los demás no serán ponderados ni considerados)

|  |
| --- |
| NOMBRE POST TÍTULOS/OTROS |
|  |
| DESDE (mes, año) | HASTA (mes, año) |
|  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE POST TÍTULOS/OTROS |
|  |
| DESDE (mes, año) | HASTA (mes, año) |
|  |  |

3.- ÚLTIMO CARGO DESARROLLADO O EN DESARROLLO

|  |
| --- |
| CARGO |
|  |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA |
|  |
| DEPTO, GERENCIA, UNIDAD O ÁREA DE DESEMPEÑO | DESDE(mes, año) | HASTA (fecha actual)(mes, año) | DURACIÓN DEL CARGO (meses/ años) |
|  |  |  |  |
| FUNCIONES PRINCIPALES (descripción general de funciones realizadas y principales logros) |
|  |

4.- REFERENCIAS LABORALES (Deseable)

Indicar dos referencias laborales que podamos contactar para solicitar información de sus antecedentes laborales.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE: |  |
| CARGO: |  |
| INSTITUCIÓN: |  |
| MAIL: |  |
| TELÉFONO: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE: |  |
| CARGO: |  |
| INSTITUCIÓN: |  |
| MAIL: |  |
| TELÉFONO: |  |

5.- TRAYECTORIA LABORAL

Además del anterior, indique sus últimos tres puestos de trabajo, si corresponde.

|  |
| --- |
| CARGO |
|  |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA |
|  |
| DEPTO, GERENCIA, UNIDAD O ÁREA DE DESEMPEÑO | DESDE(mes, año) | HASTA(mes, año) | DURACIÓN DEL CARGO (meses/ años) |
|  |  |  |  |
| FUNCIONES PRINCIPALES (descripción general de funciones realizadas y principales logros) |
|  |

|  |
| --- |
| CARGO |
|  |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA |
|  |
| DEPTO, GERENCIA, UNIDAD O ÁREA DE DESEMPEÑO | DESDE(mes, año) | HASTA(mes, año) | DURACIÓN DEL CARGO (meses/ años) |
|  |  |  |  |
| FUNCIONES PRINCIPALES (descripción general de funciones realizadas y principales logros) |
|  |

|  |
| --- |
| CARGO |
|  |
| INSTITUCIÓN /EMPRESA |
|  |
| DEPTO, GERENCIA, UNIDAD O ÁREA DE DESEMPEÑO | DESDE(mes, año) | HASTA(mes, año) | DURACIÓN DEL CARGO (meses/ años) |
|  |  |  |  |
| FUNCIONES PRINCIPALES (descripción general de funciones realizadas y principales logros) |
|  |

**ANEXO N°3**

**“DECLARACIÓN JURADA SIMPLE”**

**(Para las Plantas de Profesionales y Técnicos)**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** cédula nacional de identidad N° **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** vengo en declarar bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo (artículo 12, letra c) de la Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo).
* No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones (artículo 12, letra e) Estatuto Administrativo).
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos público, no hallarme condenado por crimen o simple delito (Artículo 12 letra f), Estatuto Administrativo).
* No encontrarme sujeto a alguna de las inhabilidades e incompatibilidades señalada 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**

**FECHA:**

**ANEXO N°3**

**“DECLARACIÓN JURADA SIMPLE”**

**(Para las Plantas de Administrativos y Auxiliares)**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** cédula nacional de identidad N° **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** vengo en declarar bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo (artículo 12, letra c) de la Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo).
* No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones (artículo 12, letra e) Estatuto Administrativo).
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos (Artículo 12, letra f) del Estatuto Administrativo).
* No encontrarme sujeto a alguna de las inhabilidades e incompatibilidades señalada 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**

**FECHA:**

**ANEXO N°4**

**“CERTIFICADO DE EXPERIENCIA LABORAL”**

La Jefatura que suscribe, certifica hoy \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ que don(ña) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado en las funciones específicas que más abajo se detallan, durante el tiempo que se indica:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO | UBICACIÓN | FUNCIONES | DESDE | HASTA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Se extiende el presente certificado, para los fines de acreditar experiencia laboral para evaluar su postulación a concurso público.

**Nombre de Jefatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo de quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y Timbre de Jefatura**

**ANEXO N°5**

**“CERTIFICADO DE CAPACITACIONES”**

La Jefatura que suscribe, certifica que don(ña) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha desarrollado las siguientes acciones de capacitación en el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, las cuales están registradas y acreditadas en su carpeta personal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Curso/Capacitación | Organismo | Horas | Fecha Inicio | Fecha Término |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nombre de Jefatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo de quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y Timbre de la Jefatura**