# Instrucciones llenado Formulario de Postulación Currículum Ciego

**Importante**

* Lea detalladamente la información entregada para el proceso de postulación.
* Esta primera hoja contiene información general, debe desprenderla del resto del formulario y conservarla. **Al momento de postular solo debe entregar las páginas siguientes.**

**Instrucciones generales**

1. Para cumplir con el requerimiento que la postulación sea anónima, los certificados y documentos de respaldo deben estar contenidos en un sobre sellado o en formato digital. En su cara externa indicar el número de RUN del postulante, planta a la que pertenece y el nombre del Curso al cual postula, **omitiendo el nombre del postulante**.
2. La postulación será efectiva tras la entrega del formulario de postulación y sobre sellado con todos los antecedentes, si no se entrega alguno de los antecedentes señalados **la postulación no será considerada**. Excepto que la comisión considere aclarar alguno de los documentos presentados.
3. Las postulaciones serán recibidas en la Unidad de Capacitación y Formación de la DSSA, o al correo electrónico victor.hoffman@ssantofagasta.cl.
4. La Comisión Local de Evaluación de Postulantes del Servicio de Salud se reunirá el día **13 de agosto de 2025** para verificar el cumplimiento de los requisitos de postulación definidos y asignar al (la) postulante seleccionado (a).

**Requisitos de postulación:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Documentos de verificación a entregar** |
| * Título profesional de Enfermero/a.
* Tener calidad de titular o contrata en la dotación del Servicio de Salud y/o establecimiento dependiente.
 | - Copia legalizada de título- Relación de Servicios |
| * Antigüedad igual o superior a un año continuo en alguno de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, con desempeño en unidades de Oncología Adulto, y no cuenten con formación.
 | - Relación de Servicios- Anexo N°2 |
| * Las principales funciones de responsabilidad del funcionario/a deben estar directamente relacionadas con el Diplomado al que postula (Requisito excluyente).
 | - Currículum ciego- Anexo N°2 |
| * Haber sido calificado en lista 1 o 2 en el último período.
 | - Certificado de RRHH. |
| * No pertenecer a la Comisión Local de Evaluación de Postulantes del Servicio de Salud y/o Comité Asesor de Pasantías que funciona en el MINSAL. Si uno de los integrantes de dicha comisión desea postular, deberá renunciar previamente a ésta.
 | - Currículum ciego. |

#### **FORMULARIO DE CURRÍCULUM CIEGO PROGRAMA**

**“DIPLOMADO EN ONCOLOGIA CLÍNICA ADULTO 2025”**

# IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

#### **RUT**

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

#### **FECHA DE NACIMIENTO**

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

Día Mes Año

#### **TELÉFONO**

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

Código N° Teléfono

#### **CELULAR**

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

#### **MAIL**

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

#### **PROFESIÓN:**

Marque con una X la alternativa que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Enfermero/a |
|  | Otras profesiones de la Salud (especificar) |

# ANTECEDENTES LABORALES DEL POSTULANTE.

####  **ESTABLECIMIENTO**

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

####  **SERVICIO / UNIDAD DE TRABAJO (Marque con una X la alternativa que corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Oncología Adulto |
|  | Otro (especificar) |

#### **CARGO (Especifique)**

|  |
| --- |
|  |

#### **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 del Diplomado al que postula. Señale si son permanentes o esporádicas:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 4) |
|  |

#### **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 los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, con fecha de corte al 30 de junio del 2025)

#### **NOTA ÚLTIMA CALIFICACIÓN (año 2024)**

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

|  |
| --- |
| Firma postulante |