**ANEXO N° 1**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Correo electrónico autorizado para la presente convocatoria **(obligatorio)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | @ | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |
| Teléfono Particular | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono Móvil | | | | | | | | | | | | | | | | | | Otros teléfonos de contacto | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Señalar si presenta alguna discapacidad (en el caso de que así fuese, deberá adjuntar credencial de discapacidad). Esto en función de considerar algún impedimento o dificultad en las evaluaciones psicolaborales o técnicas (Acápite 1.2 de las presentes bases). |
|  |

**IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO | Lugar | Horario | Tipo de Contrato | Grado |
|  |  | . |  |  |

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

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Que todos los documentos adjuntos son fidedignos.
* Tener salud compatible con el cargo (Art. 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 (Art. 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 (Art. 12 letra f) del Estatuto Administrativo).
* No estar afecto a las inhabilidades e incompatibilidades administrativas señaladas en el Art. 54 de la Ley N° 18.575, vale decir:
  + 1. No tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a 200 UTM o más, con el Servicio de Salud Iquique.
    2. No tener litigios pendientes con esta Institución. Asimismo declaro bajo juramento que no tengo la calidad de director, administrador, representante o socio titular del 10 % o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, que tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a 200 UTM o más con el Servicio de Salud de Iquique.
    3. No tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del Servicio de Salud Iquique, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente, inclusive.

Para Constancia

Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en el Servicio de Salud Iquique.

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

FIRMA

FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/