|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO DE POSTULACIÓN**  **ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE GESTIÓN**  **AÑO 2025**  **I.- DATOS PERSONALES Y LABORALES:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre Completo |  | | | | | RUN |  | Fecha de Nacimiento | |  | | Profesión |  | | | | | Teléfono Celular |  | Teléfono trabajo | |  | | Correo Electrónico |  | | | | | Establecimiento de Salud |  | | | | | Cargo que Desempeña |  | | | | | Unidad o Servicio donde trabaja |  | | | | | Antigüedad laboral | En el Servicio de Salud  Años - Meses | | Antigüedad en el cargo  Años - meses | | | Calidad Jurídica  (Marque una opción con una X) | Titular:  Contrata: | | Grado: | |   **II.- ESTUDIOS SUPERIORES (Técnicos o Universitarios)**   |  |  | | --- | --- | | Fecha de Título |  | | Institución |  | | Título |  |   **III.- FUNCIONES: Especifique las principales funciones que cumple en su establecimiento, unidad, servicio o puesto de trabajo y que se relacionan directamente con DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN O MANDO.**   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   **VI.- FIRMA DEL POSTULANTE:**   |  |  | | --- | --- | | Firma Postulante | Fecha | |