|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 SaludAños - Meses | Antigüedad en el cargoAños - 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 |

 |