**Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud**

**Dirección de Gestión del Trabajo**

# FORMULARIO DE POSTULACIÓN

CARRERAS DE GRADO

**INDICAR LA CARRERA A LA CUAL POSTULA**:…………………………………………………………….

**A. DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido: |  |
| Cedula de Identidad N°: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |
| Sexo: |  |
| Domicilio: |  |
| Ciudad: |  |
| Departamento: |  |
| Teléfono: |  |
| Celular: |  |
| E-mail: |  |

**B. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Identificación de la Institución: | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social |
| Dependencia: |  |
| Nombre y Apellido del Jefe/a Inmediato Superior: |  |
| Número de Teléfono: |  |
| E-mail: |  |
| Cargo que ocupa el Funcionario que postula al curso: |  |
| Antigüedad en el cargo: |  |
| Antigüedad en la Institución (en años y meses): |  |
| Contratado/permanente (especificar) |  |
| E-mail: |  |
| Calificación evaluación del desempeño: |  |
| Nombre y Apellido del Director/a de la dependencia en la que presta servicios: |  |

**C. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

1. Estudios Realizados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel de  Estudios\* | Titulo  Obtenido | Institución | Año de Obtención del Título | Cumple/No Cumple |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Bachiller, Técnico y carrera en proceso

II. Otros Estudios realizados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cursos | Institución | Año | Duración | Cumple/No Cumple |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**D. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN SU INSTITUCIÓN Y ÁREA**

**Describa Aspectos relevantes de las asignaciones que a la fecha está desempeñando, con el cargo correspondiente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DE: dia /mes/año A: actualmente(**\***)  Resolucion N°: | **ÁREA QUE DESEMPEÑA LA FUNCIÓN Y CARGO :**  (Especificar rol ejemplo: jefe, técnico, etc.) | Cumple/No Cumple |
| **FUNCIÓN O ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: (4 MININO)** | |  |

Agregar más líneas en caso de ser necesarios.

**POTENCIALES BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN A RECIBIR PARA SU INSTITUCIÓN**

**DISCAPACIDAD SI NO TIPO:**

**E. DATOS DE LA INSTITUCION FORMADORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Carrera solicitada: |  |
| Institución formadora: |  |
| Teléfono: |  |
| Costo mensual de la carrera: |  |
| Duración de la carrera: |  |
| Carga horaria diaria : |  |
| Frecuencia Semanal: |  |
| Fecha de Inicio: |  |

Observaciones:

* En las columnas sombreadas referidas al cumplimiento, serán completadas por el Comité de Evaluación.
* Si es personal de blanco: cuantos vínculos tiene y en donde (detallar, presentar certificados de trabajo o rotación de horario de cada lugar y nota de permiso del director autorizando la ausencia mientras dure la carrera. “obligatorio”)
* Adjuntar a la misma EN DOS CARPETAS DEL MISMO TENOR, Y NO SERAN RECEPCIONADAS EN CASO DE QUE FALTE ALGUNA DOCUMENTACION).
* Copia de Cédula de Identidad.
* Copia de Evaluación de Desempeño
* Certificado laboral original DE TODOS LOS VINCULOS
* Nota del Director Gral., Director (de todos los vínculos que tenga o rotación de horarios) autorizando el permiso para participar de la capacitación “OBLIGATORIO”
* Copia de Resolución de cargo
* Presentar un proyecto para implementar en la Institución a la cual pertenece posterior a la carrera solicitada.
* Una vez seleccionado/a el funcionario y/o contratado deberá firmar un contrato de capacitación en donde se compromete a cumplir con todo lo estipulado en mismo y en caso de abandono deberá reembolsar la inversión de la capacitación.

Por el presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario.

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

Firma del/a Funcionario/a Lugar Fecha