

Hospital de Castro

**Subdirección Administrativa**

**C.R. RR.HH. U.D.O**

**CURRICULUM VITAE**

**2° Cargo al que postula**

**1° Cargo al que postula**

# 1.- ANTECEDENTES PERSONALES:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |
|  |  |  |
| RUT | NACIONALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año) |
|  |
| DOMICIO PARTICULAR **(sólo Indicar Región y ciudad)** |
|  |  |  |
| FONO PARTICULAR | FONO MOVIL | EMAIL PARTICULAR |
|  |
| DIRECCIÓN LABORAL |

**2.- TÍTULO PROFESIONAL O TÉCNICO:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| UNIVERSIDAD/ INSTITUTO | FACULTAD |
|  |
| TITULO |
|  |  |
| FECHA DE TITULACION (día - mes- año) | CIUDAD |

**3.- ESTUDIOS DE POSTÍTULOS O DIPLOMADOS:** (Indicar sólo aquellos con certificados, los demás no serán ponderados ni considerados.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE POSTÍTULO** | **INSTITUCIÓN** | **FECHA** | **N° HORAS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **N° TOTAL HORAS POSTÍTULOS** |  |

**4.- ESTUDIOS Y CURSOS DE FORMACION EDUCACIONAL Y DE CAPACITACIÓN.** (Indicar sólo aquellos

 no considerados en el certificado de la Unidad de Capacitación y que adjunta en su postulación relacionados con el perfil del cargo).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE CURSO** | **INSTITUCIÓN** | **FECHA** | **N° HORAS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **N° TOTAL HORAS CURSOS** |  |

# 5.- CARGO ACTUAL

|  |
| --- |
|  |
| CARGO O FUNCION |
|  |  |
| INSTITUCION | UNIDAD DE DESEMPEÑO |
|  |  |  |
| CALIDAD JURIDICA o Modalidad de Contrato | GRADO ( si corresponde) | CIUDAD |
|  |  |  |
| DESDE (día-mes-año) | HASTA (día-mes-año) | AÑOS EN EL CARGO (años-meses) |
|  |
| FUNCIONES PRINCIPALES (Además, si corresponde, señale su condición de jefatura, personal tiene a cargo y dependencia) |

**6.- TRAYECTORIA LABORAL.** (Indique últimos tres trabajos, si corresponde, y sólo aquellos con certificados.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUCIÓN** | **CARGO O FUNCIÓN** | **FECHA** | **TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS / MESES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **N° TOTAL AÑOS / MESES** |  |

**7.- REFERENCIAS** (El Hospital de Castro se reserva el derecho de solicitar referencias a las instituciones o áreas que el postulante agregue en su currículum).

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUCIÓN** |  |
| **Nombre Referencia** |  |
| **Cargo** |  |
| **Teléfono** |  |