Complejo Asistencial "Dr. Víctor Ríos Ruiz" Los Angeles
Servicio de Salud Biobío
Ministerio de Salud

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

ANEXO Nº 1

FORMULARIO DE POSTULACIÓN ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE GESTIÓN

1.- IDENTIFICACION DE POSTULANTE:

____

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**

FECHA NACIMIENTO ________________________ **RUT.** __________________________

DOMICILIO PARTICULAR:

____

CIUDAD **FONO**

2.- ANTECEDENTES PROFESIONALES:

TÍTULO : ____
CENTRO FORMADOR : ____
FECHA TÍTULO : ____________________

3.- CARGO O FUNCIÓN ACTUAL:

CARGO : ______________________________ **GRADO:** _______
UNIDAD DE GESTIÓN : ____
FUNCIÓN : ____
PERÍODO : ____

4.- UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE POSTULA:

UNIDAD DE GESTIÓN : ____
FUNCION DE RESPONSABILIDAD : ____
CLASIFICACIÓN (SUPERVISOR/JEFATURA: ___________________________________

5.- ANTECEDENTES (REVISIÓN) uso interno

CERTIFICADO DE CAPACITACIONES	
CERTIFICADO DE CALIFICACIONES	
CERTIFICADO DE EXPERIENCIA EN FUNC. DE RESP. O INHERENTES	

ANTECEDENTES COMPLETOS

SI	
NO	

________________________________ ________________________________
FIRMA POSTULANTE **FIRMA RECEPCIÓN**

FECHA DE RECEPCIÓN