



MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES  
DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD  
BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO  
TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR  
44 HRS, PLAZO FIJO



**BASES  
SELECCIÓN DE ANTECEDENTES  
1 CARGO  
TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA  
44 HORAS, PLAZO FIJO  
CECOSF EL PERAL, CESFAM SUR  
DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD  
MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES**

**COMUNA DE LOS ÁNGELES, MARZO 2026**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES. CUALQUIER COPIA PARCIAL O TOTAL NO ES VÁLIDA SIN LA DEBIDA AUTORIZACIÓN DE ELLA.

## I. INTRODUCCIÓN:

La Dirección Comunal de Salud en representación de la Municipalidad de Los Ángeles, convoca a un Proceso de Selección con el fin de proveer 01 cargo de **TENS, 44 hrs Plazo Fijo para el CECOSF el Peral, dependiente de CESFAM Sur, Dirección Comunal de Salud**, de acuerdo con las presentes Bases Administrativas:

Los Postulantes requieren ser personas con alto interés y compromiso con el Servicio Público, con Identidad Institucional y Capacidad de Trabajo en Equipo

## II. REQUISITOS GENERALES:

Establecidos en la Ley N°19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y Ley N°19.653: “Ley sobre Probidad Administrativa de los Órganos de la Administración del Estado”, a saber:

1. Ser Ciudadano. En casos de excepción, determinados por la Comisión de Concursos, establecida en el Art. 35 de la Ley N°19.378, podrán ingresar profesionales extranjeros que posean título legalmente reconocido. En todo caso en igualdad de condiciones se preferirá a los profesionales chilenos.
2. Haber cumplido con la Ley de Reclutamiento y Movilización, cuando fuere procedente.
3. Tener una salud compatible con el cargo. Acreditado a través de profesional médico.
4. No estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito.
5. No haber cesado en algún cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria, aplicada en conformidad a las normas legales vigentes (de la Ley N°18.883, Estatuto Administrativo), a menos que hayan transcurrido cinco años o más desde el término de los servicios y mediando rehabilitación en el caso de destitución.
6. No estar afecto a inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Ley N°18.695. y art. 56 Ley N°19.653.

### III. REQUISITOS ESPECÍFICOS:

1. Para la postulación del cargo de TENS deberá poseer título de Técnico Nivel Superior de acuerdo a lo establecido en la Ley N.º 19.378 artículo 6, según se indica a continuación:

| VACANTE | CARGO                                | CATEGORÍA | JORNADA            | SUELDO BRUTO |
|---------|--------------------------------------|-----------|--------------------|--------------|
| 1       | TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA | C         | 44 horas semanales | \$ 736.620   |

El nombramiento del plazo fijo de TENS, se desempeñará en la jornada según lo estipulado en el artículo 15 de la Ley N°19.378, el cual dice: “La jornada ordinaria de trabajo será de cuarenta y cuatro horas semanales. Se distribuirá de lunes a viernes, en horario diurno y continuo, comprendido entre las 08 y 20 horas, con tope de 9 horas diarias”, distribución horaria que se asignará dependiendo de las necesidades de la DCS. Esta contratación tendrá una renovación de acuerdo al desempeño del(la) Técnico, por lo pronto la vigencia de esta hasta el 31 de diciembre del 2026.

### IV. ANTECEDENTES DE LOS CARGOS A POSTULAR:

**1. Descripción General del Cargo:** Se requiere un Técnico de Enfermería de nivel superior (TENS) con alta vocación de servicio, compromiso institucional, capacidad de empoderamiento y trabajo en equipo desde el ámbito técnico y administrativo, capaz de ser activo, resolutivo, con buen trato al usuario. Cuyo objetivo es trabajar en el desarrollo de una atención eficiente y oportuna a los usuarios del CECOSF El Peral de CESFAM Sur y sus dependencias, conocedor de los aspectos importantes del actual modelo de atención en APS.

#### 2. Objetivo de la Contratación:

Se requiere de un TENS para trabajar en CECOSF El Peral de CESFAM SUR y dependencias con conocimientos, capaz de ser activo y resolutivo frente a urgencias. Trabajar en equipo desde ámbito técnico y administrativo. Manejar sistema SAC, APS, RNI, y poder desempeñarse en funciones propias de su cargo.

**3. Principales Funciones:** En el desempeño de su cargo el(la) Técnico Nivel Superior, deberá dar cumplimiento a las siguientes labores, a saber:

- Atención de SOME, en módulo de sector.
- Mantener siempre actitud de ayudar al paciente en todo momento.
- Administrar medicamentos y efectuar procedimientos indicados por el profesional apoyar la atención de primeros auxilios en caso de urgencias, cumplir con las instrucciones de los profesionales o la jefatura, apoyando la labor en general.
- Conocimiento normativo de IAAS.
- Conocer e identificarse con la Visión, Misión y Valores Organizacionales.
- Conocimiento de normas técnicas de manejo del TENS clínico.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;">MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES<br/>DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD<br/>BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO<br/>TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR<br/>44 HRS, PLAZO FIJO</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

- Realizar todas las acciones de toma de muestras para exámenes garantizando registros fidedignos.
- Realización de visitas domiciliaria de rescate de pacientes y administración de tratamientos.
- Administración de vacunas según Programa Nacional de inmunizaciones y manejo de cadena de frío.
- En caso de urgencia ser parte del equipo, deben estar todos presentes y dispuestos a una reanimación.
- Trabajar en revisión de plataforma TELESALUD, coordinando, agendando y gestionando solicitudes según corresponda.
- Contribuir a mantener un ambiente y clima laboral de buenas relaciones humanas.
- Realizar las labores administrativas de su cargo y participar activamente en las reuniones que le corresponda.
- Cumplir con los protocolos y normas sanitarias en general y las particulares de su labor y cumplir con las formalidades del cargo determinadas por su jefatura.
- Colaborar en la atención del paciente, en presencia o por indicación del profesional.
- Ejecutar procedimientos de enfermería, asistir al paciente, reforzar y explicar al paciente o sus familiares las indicaciones médicas y de enfermería.
- Revisar periódicamente insumos y equipamiento de su respectiva unidad de trabajo e informar a su jefatura de desabastecimiento de insumos o falla en los equipos.
- Participar en forma activa en todas las actividades de capacitación ya sean Formales o informales
- Cuidar los bienes públicos entregados para que se desarrollen las funciones.
- Atención de pacientes en Farmacia y Botiquín.
- Conocimiento de normas técnicas de manejo del TENS clínico en Farmacia y Botiquín.

#### 4. Competencias Técnicas para el Desempeño del Cargo:

- Conocimiento de la Normativa Legal que regula la Atención en salud.
- Conocimientos de manejo de las urgencias.
- Conocimiento de RCP BÁSICO.
- Conocimiento patologías GES.
- Conocimiento del programa nacional de inmunizaciones.
- Conocimiento de manejo de pacientes con sospechas y diagnóstico de COVID-19.
- Conocimiento de IAAS y de correcto uso de EPP de acuerdo al tipo de atención a realizar.
- Conocimiento en el programa de Control y eliminación de la TBC.
- Manejo de REAS
- Conocimiento en dispensación y almacenamiento de fármacos.
- Deseable curso de Modelo de Salud Familiar.
- Deseable Curso de IAAS.
- Deseable Curso Manejo de REAS.

## 5. Competencias Blandas para el Desempeño del Cargo:

- Orientación de servicio al usuario.
- Desarrollo de relaciones interpersonales respetuosas.
- Comunicación efectiva profesional - usuario: habilidad para establecer canales de comunicación efectivos que le permitan establecer un vínculo terapéutico, hacerse entender con facilidad, entregar mensajes con fluidez a los distintos usuarios con los que les corresponde interactuar.
- Liderazgo de acuerdo a necesidades del equipo de trabajo.
- Trabajo Bajo Presión.
- Liderazgo.
- Capacidad de integrarse y trabajar en Equipo.
- Trato empático al contexto de los usuarios de la comunidad.
- Proactividad en el contexto del trabajo en APS.

## V. DE LA POSTULACIÓN:

1. **Forma de Postular:** Cada postulante podrá acceder al portal institucional [www.losangeles.cl](http://www.losangeles.cl), para descargar las respectivas Bases del Proceso de Selección.
2. **Entrega de Antecedentes:** Este Proceso de Selección es entendido como público y como tal, abierto a todas aquellas personas que cumplan con los requisitos legales exigidos para desempeñar el cargo propuesto, por tanto, todos los postulantes deberán registrarse estrictamente por lo señalado en las presentes Bases.

El proceso en su totalidad tiene como objetivo primordial, escoger el(la) candidato(a) más idóneo(a) para el cargo y consistirá en un procedimiento técnico y objetivo, en el que se ponderarán diversos factores tales como: Antecedentes Curriculares de Formación y Capacitación, Experiencia Laboral, Entrevista Psicolaboral y Competencia Profesional, este último punto, por medio entrevista personal por la Comisión de Selección.

La recepción de los antecedentes de los postulantes será por correo electrónico al destinatario [seleccionpersonal@dcslsangeles.cl](mailto:seleccionpersonal@dcslsangeles.cl), no se recepcionarán antecedentes de forma física.

Toda la documentación será recepcionada indicando en el asunto: **POSTULA A SELECCIÓN: TENS 44 HORAS CECOSF EL PERAL**. Los documentos adjuntados serán revisados por la Comisión de Selección, en la fecha establecida, siendo responsabilidad del postulante incorporar todos los documentos solicitados.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;">MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES<br/>DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD<br/>BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO<br/>TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR<br/>44 HRS, PLAZO FIJO</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

La Comisión de Selección descartará aquellas postulaciones que se encuentren incompletas. Solo aquellos postulantes que cumplan con el 100% de la documentación requerida en estas bases podrán pasar a la revisión curricular de los antecedentes.

La información relativa a las fechas y procesos de selección será publicada a través del sitio [www.losangeles.cl](http://www.losangeles.cl) (Link: Trabaja con nosotros).

Será de exclusiva responsabilidad de cada Postulante tomar conocimiento e informarse de las sucesivas fases de este proceso de selección.

3. **Antecedentes y Documentos para Postular:** Los postulantes al proceso de selección deberán presentar los siguientes documentos de acuerdo al orden de prelación indicado, los que deberán venir ordenados según se indica:

- **Formulario de Postulación:** con el cargo al que postula, identificación del postulante y listade documentos para adjuntar. **(Anexo N°1).**
- **Currículum Vitae:** Puede adjuntar su currículo personal siempre y cuando contenga la siguiente información: Años de Experiencia en los lugares que se ha desempeñado (con fechas) nombre completo y número de Cédula de Identidad; fecha de nacimiento, correo electrónico, teléfono o celulares vigentes de referencias laborales, diplomas con los que cuente, horas de capacitación y otros de interés.
- **Currículum Vitae Ciego (Optativo):** con apellidos y número de Cédula de Identidad; correo electrónico, teléfono vigente y otros de interés. **(Anexo N°2).**
- **Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud,** original.
- **Fotocopia de la Cédula de Identidad,** por ambos lados fotocopia simple.
- **Certificado de Título Técnico** correspondiente, con presentación de fotocopia simple.
- **Certificado de Nacimiento,** original o copia digital.
- **Certificado de Situación Militar al día** original o copia digital (si realizó o no el servicio militar, de igual manera lo debe presentar, solo varones).
- **Certificado de Antecedentes.**
- **N° Registro Nacional de Discapacidad.** (En caso de estar registrado).
- **Otras Certificaciones** (Ej.: Seminarios, Cursos, Jornadas, Congresos, etc.) que acrediten estudios y cursos de formación educacional y de capacitación, en todos se deberá indicar en forma explícita la cantidad de horas, nota y el nombre de la Institución que los impartió, fotocopia simple. En caso de adjuntar un certificado de historial de capacitación, este deberá estar firmado y timbrado por la unidad de capacitación del respectivo establecimiento.
- **Acreditación de Experiencia Laboral como TENS** en Atención Primaria, mediante la certificación correspondiente. Experiencia Efectiva (Se deben descontar los Permisos Sin Goce de Remuneraciones). El documento debe tener validez a través de firmas y timbres de la Institución Pública o Departamento de Recursos Humanos.
- **Certificado de Curso de RCP Básico (Excluyente).**
- **Declaración Jurada Simple (Anexo 3).**



MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES  
DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD  
BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO  
TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR  
44 HRS, PLAZO FIJO



- **Referencias Laborales** en su currículum debe indicar al menos dos referencias (especificar nombre, cargo, número telefónico y correo electrónico de sus dos últimos empleadores). Este requisito es excluyente; su ausencia imposibilita la continuidad en el proceso de selección.

Los correos con archivos adjuntos que contengan malware, virus o estén corruptos serán bloqueados automáticamente por el sistema institucional, y no serán considerados como postulaciones válidas.

La institución no se hace responsable por correos electrónicos no recibidos debido a problemas técnicos ajenos a su voluntad, tales como archivos dañados, presencia de malware, virus informáticos u otros elementos que sean detectados y bloqueados por los sistemas de seguridad informática. Se recomienda encarecidamente enviar documentos en formato PDF o Word (.docx) y verificar la correcta entrega del correo

## VI. DEL PROCESO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN:

1. **Reclutamiento:** A través de nuestro correo de selección serán recepcionados en forma digital, los antecedentes enviados a [seleccionpersonal@dcslosangeles.cl](mailto:seleccionpersonal@dcslosangeles.cl), indicando en el asunto: Postula a **TENS 44 HORAS CECOSF EL PERAL**.

2. **Filtro Curricular:** Revisión y análisis de la documentación presentada por los postulantes, en relación si están todos los documentos exigidos y su legalidad, como también si cuenta con la experiencia y conocimientos necesarios. Sólo los postulantes que cumplan con todas estas características pasarán a Entrevista Psicolaboral. La Comisión de Selección descartará a aquellos expedientes que se encuentren incompletos en cuanto a lo requerido y su legalidad. **Aquellos puntajes superiores o igual a 30 puntos, pasarán a la Entrevista Psicolaboral.**

En caso de que no existan 03 candidatos que alcancen el puntaje mínimo de 30 puntos requerido para avanzar a la siguiente etapa, se procederá de la siguiente manera para garantizar la continuidad del proceso y la conformación de una terna adecuada:

- Si no existe un mínimo de 03 candidatos con 30 puntos, se ajustará el puntaje mínimo a 28 puntos.
- Si aún no se cuenta con 03 candidatos que avancen, se reducirá el puntaje mínimo a 26 puntos, y así sucesivamente en intervalos de 2 puntos.
- Este ajuste continuará hasta un puntaje límite de 20 puntos. En caso de que ningún postulante alcance al menos 20 puntos, el proceso será declarado desierto.  
La reducción del puntaje mínimo no alterará la ponderación de los criterios de evaluación ni afectará la equidad del proceso.



**3. Entrevista Psicolaboral:** Entrevista a cargo de un psicólogo de la Unidad de Reclutamiento y Selección, donde se evaluará el ajuste del candidato con el perfil del cargo. Se aplicará una batería de test psicológicos sumado a una entrevista por competencias. Aquellos postulantes que obtengan en su Informe Psicolaboral la calificación “**APTO**” pasarán a la Comisión de Selección.

**4. Apreciación Comisión de Selección:** Busca medir el grado de conocimiento profesional para el cargo. Esto estará supervisado por profesionales de cada área para contar con preguntas atinentes al funcionamiento técnico de los cargos.

**5. Revisión de Antecedentes Curriculares de los Postulantes (filtro curricular):**

|                                          |                  |
|------------------------------------------|------------------|
| 5.1 Capacitación atingente al cargo      | Máximo 20 puntos |
| 5.2 Experiencia Laboral como TENS en APS | Máximo 20 puntos |
| <b>Total:</b>                            | <b>40 puntos</b> |

**5.1 Capacitación (máximo 20):** Se considerarán Cursos de Capacitación, Seminarios o Jornadas, presenciales y/o virtuales medidas en horas pedagógicas (45 minutos), debidamente certificados. Se obtendrá el puntaje siguiente, según las horas en Capacitación:

| Nº HORAS DE CAPACITACIÓN               | PUNTOS ASIGNADOS |
|----------------------------------------|------------------|
| 01 – 80 horas de capacitación          | 10 puntos        |
| 81 – 120 horas de capacitación         | 15 puntos        |
| <u>121</u> y más horas de capacitación | 20 puntos        |

**Se debe contar de manera obligatoria con Curso RCP Básico, el cual es un requisito excluyente y no contar con él ni certificarlo en la postulación lo dejará fuera del proceso de selección.** Los Cursos de Capacitación, Seminarios o Jornadas, deben tener relación con su competencia y las necesidades del cargo.

**5.2 Experiencia Laboral como TENS en APS (máximo 20 puntos):** Las experiencias laborales deben indicar fechas de inicio y de término de los períodos de servicios efectivos (descontar los permisos sin goce de remuneraciones).

Acorde a los de servicios efectivos en las unidades descritas, se otorgarán los siguientes puntajes:

| AÑOS DE SERVICIO                | PUNTOS ASIGNADOS |
|---------------------------------|------------------|
| Menor a 1 año                   | 10 puntos        |
| 1 año a 2 años 11 meses 29 días | 15 puntos        |
| Igual o mayor a 3 años          | 20 puntos        |



## VII. DE LA COMISIÓN DE SELECCIÓN:

### 1. Con derecho a voz y voto:

- Director/a de CESFAM Sur o su Representante.
- Jefe con el mismo nivel jerárquico de otro CESFAM.
- Referente Técnico de la Dirección Comunal de Salud, que actuará como experto en el cargo.

### 2. Con derecho a voz:

- Psicólogo de selección de personal o su representante.

### 3. Facultades del Comité de Selección:

- Revisar y proponer indicaciones a las Bases del Proceso de Selección de antecedentes.
- Proponer al Sr. alcalde la terna con los candidatos con puntajes más altos, en orden decreciente.
- De no haber ningún postulante que cumpla con el perfil, la Comisión de Selección cerrará el proceso, solicitando a la directora de Salud Comunal declararlo desierto.
- Validar el cierre del proceso a través de sus firmas en el Acta.

## VIII. APRECIACIÓN COMISIÓN DE SELECCIÓN: PUNTAJE MÁXIMO 60 PUNTOS.

La entrevista será aplicada a todos los postulantes que logren avanzar en la Entrevista Psicolaboral. Esta entrevista será realizada por la Comisión de Selección, según pauta diseñada para entrevista, donde se medirán las capacidades y competencias técnicas de los concursantes para el cargo. La duración de la entrevista se estima en 20 minutos aproximadamente.

## IX. PUNTAJE DE CADA ETAPA:

| ETAPA                                | PUNTAJE   |
|--------------------------------------|-----------|
| a) Análisis Curricular               | 40 puntos |
| b) Apreciación Comisión de Selección | 60 puntos |

#### X. ELECCIÓN DEL POSTULANTE:

El Sr. alcalde elegirá entre los postulantes propuestos por el Comisión de Selección. Para ello tiene la facultad de convocar a entrevista personal a cada uno de ellos (en caso de ser necesario).

Cabe señalar que, esta entrevista será de carácter presencial y se llevará a cabo en la comuna de Los Ángeles.

#### XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| XII. ETAPA                                                                | FECHA INICIO                                        | FECHA TÉRMINO                              |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Fecha de Publicación.                                                     | 03-03-2026                                          |                                            |
| Descargar Bases Administrativas en sitio web y recepción de antecedentes. | 03-03-2026                                          | 10-03-2026                                 |
| Fecha Cierre de Recepción de Antecedentes.                                |                                                     | <b>10-03-2026<br/>Hasta las 23:59 Hrs.</b> |
| Filtro Curricular.                                                        | 11-03-2026                                          | 12-03-2026                                 |
| Evaluación Psicolaboral.                                                  | 13-03-2026                                          | 17-03-2026                                 |
| Entrevista por Comité de Selección.                                       | 18-03-2026                                          | 19-03-2026                                 |
| Entrega de la Terna al Sr. Alcalde.                                       | 20-03-2026                                          | 23-03-2026                                 |
| Notificación de los Postulantes Seleccionados.                            | Dependiente de fecha de resolución del Sr. Alcalde. |                                            |
| <b>FECHA DE INICIO DE FUNCIONES</b>                                       | Dependiente de fecha de resolución del Sr. Alcalde. |                                            |

*\* Este cronograma de actividades, está sujeto a cambios, por lo cual las fechas son tentativas. la información de cada etapa, la evolución del proceso y los cambios del cronograma, serán comunicados a través del teléfono y/o correo electrónico que consta en el currículum ciego de cada postulante, **quien debe estar atento a estas notificaciones para no quedar fuera del proceso.***

#### XIII. DE LOS ANEXOS Y FORMULARIOS:

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES</b><br><b>DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD</b><br><b>BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO</b><br><b>TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR</b><br><b>44 HRS, PLAZO FIJO</b> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

### ANEXO N°1 FORMULARIO DE POSTULACIÓN

#### ITEM I: CARGO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| CARGO O PRESTACIÓN QUE POSTULA: |  |
|---------------------------------|--|

#### ITEM II: IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

|                          |  |
|--------------------------|--|
| APELLIDO MATERNO:        |  |
| APELLIDO PATERNO:        |  |
| TELÉFONO CELULAR:        |  |
| OTRO NÚMERO DE CONTACTO: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:      |  |

#### ITEM III: DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

| ITEM | DOCUMENTOS ADJUNTOS                                                                                | SI | NO |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1    | CURRICULUM PERSONAL                                                                                |    |    |
| 2    | CURRICULUM CIEGO (ANEXO N°2) OPCIONAL                                                              |    |    |
| 3    | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL CERTIFICADO DE NACIMIENTO                                         |    |    |
| 4    | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES                                       |    |    |
| 5    | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL CÉDULA DE IDENTIDAD                                               |    |    |
| 6    | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL DE TÍTULO O CERTIFICADO DE TÍTULO TÉCNICO NIVEL SUPERIOR          |    |    |
| 7    | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL DE CERTIFICADOS QUE ACREDITEN EXPERIENCIA COMO TENS EN APS        |    |    |
| 8    | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL DE CERTIFICADOS QUE ACREDITEN CAPACITACIONES REALIZADAS           |    |    |
| 9    | INDICAR SI PRESENTA CARRERA FUNCIONARIA EN OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA                       |    |    |
| 10   | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL DE CERTIFICADO DE PRESTADOR SUPERINTENDENCIA DE SALUD, SI PROCEDE |    |    |
| 11   | REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD, SI PROCEDE, N° _____                                         |    |    |
| 12   | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL DE CERTIFICADO DE SITUACIÓN MILITAR AL DÍA, SI PROCEDE            |    |    |
| 13   | FOTOCOPIA SIMPLE O COPIA DIGITAL DECLARACIÓN JURADA SIMPLE                                         |    |    |
| 14   | REFERENCIAS LABORALES (EXCLUYENTE)                                                                 |    |    |
| 15   | CERTIFICADO CURSO RCP (MÍNIMO NIVEL BÁSICO) (EXCLUYENTE)                                           |    |    |

**FIRMA DEL POSTULANTE**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"> <b>MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES</b><br/> <b>DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD</b><br/> <b>BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO</b><br/> <b>TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR</b><br/> <b>44 HRS, PLAZO FIJO</b> </p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## ANEXO N°2 CURRICULUM CIEGO

| ITEM I: IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE |  |
|---------------------------------------|--|
| APELLIDO MATERNO:                     |  |
| APELLIDO PATERNO:                     |  |
| TELÉFONO CELULAR:                     |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                   |  |

| ITEM II: TÍTULO(S) PROFESIONAL(ES) SÓLO AQUELLOS CERTIFICADOS |               |                                          |             |                                     |                                          |
|---------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| N°                                                            | NOMBRE TÍTULO | PERÍODO DE ESTUDIO<br>(INGRESO MM/AAAA - | INSTITUCIÓN | FECHA DE TITULACIÓN<br>(DD/MM/AAAA) | DURACIÓN DE LA CARRERA<br>(N° SEMESTRES) |
| 1                                                             |               |                                          |             |                                     |                                          |
| 2                                                             |               |                                          |             |                                     |                                          |
| 3                                                             |               |                                          |             |                                     |                                          |
| 4                                                             |               |                                          |             |                                     |                                          |
| 5                                                             |               |                                          |             |                                     |                                          |

| ITEM III: ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (DOCTORADOS, MAGISTER, DIPLOMADOS, POSTÍTULOS) |        |                                          |             |                                     |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| N°                                                                                   | NOMBRE | PERÍODO DE ESTUDIO<br>(INGRESO MM/AAAA - | INSTITUCIÓN | FECHA DE TITULACIÓN<br>(DD/MM/AAAA) | DURACIÓN DE LA CARRERA<br>(N° SEMESTRES) |
| 1                                                                                    |        |                                          |             |                                     |                                          |
| 2                                                                                    |        |                                          |             |                                     |                                          |
| 3                                                                                    |        |                                          |             |                                     |                                          |
| 4                                                                                    |        |                                          |             |                                     |                                          |
| 5                                                                                    |        |                                          |             |                                     |                                          |



MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES  
DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD  
BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO  
TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR  
44 HRS, PLAZO FIJO



**ANEXO N°2 CURRICULUM CIEGO**

**ITEM I: IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|                     |  |
|---------------------|--|
| APELLIDO MATERNO:   |  |
| APELLIDO PATERNO:   |  |
| TELÉFONO CELULAR:   |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |

**ITEM IV: CAPACITACIÓN**

| NOMBRE DEL CURSO Y/O SEMINARIO | FECHA: DESDE - HASTA | N° HORAS PEDAGÓGICAS | CALIFICACIÓN OBTENIDA | INSTITUCION QUE DICTÓ CAPACITACIÓN |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------------|
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |
|                                |                      |                      |                       |                                    |

FIRMA DEL POSTULANTE



MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES  
DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD  
BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO  
TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR  
44 HRS, PLAZO FIJO



**ANEXO N°2 CURRICULUM CIEGO**

| ITEM I: IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE |  |
|---------------------------------------|--|
| APELLIDO MATERNO:                     |  |
| APELLIDO PATERNO:                     |  |
| TELÉFONO CELULAR:                     |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                   |  |

| ITEM V: EXPERIENCIA LABORAL (INDICAR SÓLO AQUELLAS ATINGENTES AL CARGO)                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE DE INSTITUCIÓN O EMPRESA:                                                       |  |
| CIUDAD:                                                                                |  |
| DEPARTAMENTO / UNIDAD / ÁREA DE DESEMPEÑO:                                             |  |
| CARGO Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS:                                                     |  |
| PERIODO DE PERMANENTE (DESDE - HASTA):                                                 |  |
| TIPO DE CONTRATO:                                                                      |  |
| N° DE HORAS SEMANALES:                                                                 |  |
| INDICAR NOMBRE DE REFERENCIA, CARGO Y TELEFONO DEL JEFE DIRECTOAL CARGO QUE UD. OCUPÓ: |  |
| DESCRIPCIÓN GENERAL DE FUNCIONES Y/O PRESTACIONES DE SERVICIOS Y PRINCIPALES LOGROS:   |  |

|                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE DE INSTITUCIÓN O EMPRESA:                                                       |  |
| CIUDAD:                                                                                |  |
| DEPARTAMENTO / UNIDAD / ÁREA DE DESEMPEÑO:                                             |  |
| CARGO Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS:                                                     |  |
| PERIODO DE PERMANENTE (DESDE - HASTA):                                                 |  |
| TIPO DE CONTRATO:                                                                      |  |
| N° DE HORAS SEMANALES:                                                                 |  |
| INDICAR NOMBRE DE REFERENCIA, CARGO Y TELEFONO DEL JEFE DIRECTOAL CARGO QUE UD. OCUPÓ: |  |
| DESCRIPCIÓN GENERAL DE FUNCIONES Y/O PRESTACIONES DE SERVICIOS Y PRINCIPALES LOGROS:   |  |

FIRMA DEL POSTULANTE

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES<br/>         DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD<br/>         BASES SELECCIÓN DE ANTECEDENTES 01 CARGO<br/>         TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA, CESFAM SUR<br/>         44 HRS, PLAZO FIJO</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

### ANEXO N°2 CURRICULUM CIEGO

| ITEM I: IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE |  |
|---------------------------------------|--|
| APELLIDO MATERNO:                     |  |
| APELLIDO PATERNO:                     |  |
| TELÉFONO CELULAR:                     |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                   |  |

| ITEM VI: OTROS ANTECEDENTES                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Aquí Ud., puede ingresar información que considere relevante, como cursos no certificados, participación en organizaciones, uso de software, idiomas, hobbies, etc.</p> |
|                                                                                                                                                                            |

| ITEM VII: MOTIVACIÓN PARA POSTULAR AL CARGO                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Indique brevemente cuáles son sus motivaciones para postular al cargo. Señale cuál sería su aporte.</p> |
|                                                                                                            |

| ITEM VIII: REFERENCIAS LABORALES                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Menciones nombre, cargo y número de contacto de sus dos últimos empleadores. Debe considerar a un superior jerárquico al cargo que usted desempeñó.</p> |
| 1.                                                                                                                                                         |
| 2.                                                                                                                                                         |
| 3.                                                                                                                                                         |

FIRMA DEL POSTULANTE



### Anexo 3

#### DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>NOMBRE:</b>             |  |
| <b>RUT.:</b>               |  |
| <b>NACIONALIDAD:</b>       |  |
| <b>ESTADO CIVIL:</b>       |  |
| <b>PROFESIÓN U OFICIO:</b> |  |
| <b>DOMICILIO:</b>          |  |
| <b>CIUDAD:</b>             |  |

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No haber sido condenado (a) ni declarado (a) reo por resolución ejecutoriada en proceso por crimen o simple delito de acción pública, ni tampoco suspendido (a) en sumario administrativo, declaración que hago conforme a lo dispuesto en las disposiciones del Estatuto Administrativo vigente.
- Que no estoy afecto a las incompatibilidades ni prohibiciones contempladas en el Título I de la Ley N° 19.378, ni suspendido en sumario administrativo, ni afecto por medidas disciplinarias en petición de renuncia o destitución.
- Que no estoy afecto a alguna de las causales de inhabilidad previstas en el Art. 56 de la Ley N° 19.653 de Probidad Administrativa.
- Que no tengo vigente o suscrito por mí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a 200 UTM o más con la Municipalidad de Los Ángeles y que tampoco tengo litigios pendientes con dicha institución. Además, declaro que no tengo la calidad de director, administrador, representante o socio titular del 10% o más de los derechos de sociedad que tenga contratos o cauciones con la Municipalidad de Los Ángeles.
- Que no tengo la calidad de cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos de la Municipalidad de Los Ángeles.

a) Situación Contractual: (Marque con una "X" según corresponda):

| CONDICIÓN:                                 | SI | NO |
|--------------------------------------------|----|----|
| 1. Funcionario (a) del mismo servicio      |    |    |
| 2. Funcionario (a) de otro servicio.       |    |    |
| 3. Con Honorarios en el mismo servicio.    |    |    |
| 4. Con Honorarios en un servicio distinto. |    |    |
| 5. Sin Relación Laboral con el Estado.     |    |    |

En caso de trabajar en otro Servicio, ya sea público o privado, indicar lugar, horario, calidad jurídica, labores encomendadas y duración.

| Nombre Servicio Público o Privado | Horario | Calidad Jurídica (Plazo Fijo, Indefinido y Honorarios) | Labores Contratadas | Duración |
|-----------------------------------|---------|--------------------------------------------------------|---------------------|----------|
|                                   |         |                                                        |                     |          |
|                                   |         |                                                        |                     |          |
|                                   |         |                                                        |                     |          |

FIRMA:

|                |  |
|----------------|--|
| <b>NOMBRE:</b> |  |
| <b>RUT.:</b>   |  |

FECHA: \_\_\_\_\_