**ANEXO N°1: “CURRICULUM IN-EXTENSO DE POSTULACIÓN”**

1. **CARGOS A LOS QUE POSTULA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO/REPARTICIÓN** | **N° DE RESOLUCIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **INFORMACIÓN PERSONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **RUT O PASAPORTE** | **DIRECCIÓN PARTICULAR** | |
|  |  | |
| **COMUNA** | **CIUDAD** | **REGIÓN** |
|  |  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | | |
|  | | |
| **TELEFONO PARTICULAR** | **TELÉFONO MOVIL** | **OTRO CONTACTO** |
|  |  |  |

1. **ANTECEDENTES EDUCACIONALES**
2. **Título Profesional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÍTULO PROFESIONAL** | **CASA DE ESTUDIO** | **AÑO DE TITULACIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Grado académico o Especialidad médica.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADO ACADÉMICO/ESPECIALIDAD MÉDICA** | **CASA DE ESTUDIOS** | **AÑO DE TITULACIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Postítulo, cursos o capacitaciones.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL POSTÍTULO, CURSO O CAPACITACIÓN** | **INSTITUCIÓN** | **AÑO** | **DURACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y DOCENTE**

**Experiencia docente:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE EXPERIENCIA** | **INSTITUCIÓN** | **CARRERA O PROGRAMA** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TÉRMINO** | **DESCRIPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Experiencia en gestión académica universitaria:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE EXPERIENCIA** | **INSTITUCIÓN** | **CARRERA O PROGRAMA** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TÉRMINO** | **DESCRIPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Experiencia en dirección de proyectos de tesis:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE EXPERIENCIA** | **INSTITUCIÓN** | **CARRERA O PROGRAMA** | **TÍTULO** | **AÑO** | **DESCRIPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Experiencia laboral:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE EXPERIENCIA LABORAL** | **INSTITUCIÓN** | **ÁREA DE DESEMPEÑO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TÉRMINO** | **DESCRIPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Experiencia en Investigación:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN** | **NOMBRE DEL PROYECTO** | **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TÉRMINO** | **DESCRIPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Experiencia en Publicaciones Científicas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPACIÓN EN PUBLICACIONES CIENTÍFICAS** | **TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN** | **AÑO** | **INDEXACIÓN** | **REVISTA DE PUBLICACIÓN** | **ENLACE DE LA PUBLICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Experiencia relevante en Extensión**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE PARTICIPACIÓN** | **ACTIVIDAD** | **AÑO** | **DESCRIPCIÓN** | **MEDIO VERIFICADOR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ANEXO N°2: “DECLARACIÓN JURADA SIMPLE”**

**DECLARACION JURADA**

Yo, , cédula nacional de identidad vengo en declarar lo siguiente:

No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones (artículo 12, letra e del D.F.L. 29 del 16 de junio de 2004, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo).

No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado por crimen o simple delito, (artículo 12, letra f del D.F.L. 29 del 16 de junio de 2004, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo).

No encontrarse sujeto a alguna de las incapacidades e incompatibilidades para el ingreso a la administración pública. (Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado y el Estatuto Administrativo).

---------------------------------------------------

FIRMA (Nombre del Postulante)

1. **REMÍTASE** a la Contraloría Universitaria para control de legalidad**.**

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROF. DR. EDUARDO TOBAR ALMONACID** | **PROF. DR. PAUL DELANO REYES** |
| **Director General** | **Director Académico** |

DISTRIBUCIÓN:

* Subgerencia de Recursos Humanos
* Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria
* Oficina Central de Partes