|  |
| --- |
| C:\Users\lcalvo\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\C7E742CC.tmp FICHA ÚNICA DE POSTULACIÓN LEY N° 20.330 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE | | | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Apellido Paterno | | | |  | |  | Apellido Materno | |  |  | Nombres |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  | - | |  |  |  |  |
|  |  | | Región | | | |  | |  | Cédula de identidad | |  |  | Comuna |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  | LUGAR DE DESEMPEÑO | | | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Institución o Municipalidad | | | |  | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Cedúla de identidad N° | | | |  | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  | ANTECEDENTES ACADÉMICOS Y DEL CRÉDITO | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Título | | | |  | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Institución de Educación Superior | | | |  | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Saldo Ley N° 19.287 | | | |  | |  | | |  | A |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Saldo Ley N° 20.027 | | | |  | |  | | |  | B |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Total adeudado | | | |  | |  | | |  | A+B |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Cuota Anual Ley N° 19.287 | | | |  | |  | | |  | C |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Cuota Anual Ley N° 20.027 | | | |  | |  | | |  | D |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Total pago anual | | | |  | |  | | |  | C+D |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  | ANTECEDENTES PERSONALES | | | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  | | Calle o Pasaje | | | | | | | | | |  | Número |  |
|  |  | |  | | | |  | |  | | | |  |  |  |
|  |  | | Villa o Sector | | | |  | | Block / Depto | | | |  | Comuna |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Banco | | | |  | | Tipo de cuenta | | | |  | Número de cuenta |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | Teléfono fijo casa | | | |  | |  | Teléfono fijo oficina | |  |  | Celular |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  | Correo electrónico | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  | | | |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Declaro con mi firma que los datos y antecedentes entregados en la presente solicitud son verídicos y fidedignos  Firma del (de la) postulante |

RECEPCIÓN DE LA POSTULACIÓN

|  |
| --- |
| Fecha de recepción Nombre del funcionario(a) Firma |

REVISIÓN DOCUMENTOS A PRESENTAR (uso interno por la comisión evaluadora)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ficha Unica de Postulación completa y debidamente firmada por postulante |
|  | Fotocopia de Cédula de identidad ambos lados |
|  | Copia del Certificado de Título (en caso de médicos cirujanos y cirujanos dentistas que trabajen en centros dependientes de los sevicios de salud, adjuntar además certificado de título de la especialidad) |
|  | Certificado deudor al día Comisión Ingresa Ley N° 20.027 |
|  | Certificado deudor al día Fondo Solidario Ley N° 19.287 |
|  | Para trabajadores a honorarios copia de Contrato de trabajo que acredita 44 horas semanales o excepciones Art N°9 Reglamento. |
|  | Certificado laboral del Alcalde de la comuna donde se desempeña el postulante o del representante legal de la entidad donde se desempeña, conforme se indica en las bases para cada caso, indicando la actividad que cumple, horas de trabajo y tiempo permanencia (se adjunta en las bases un modelo). |
|  | certificado de rentas brutas últimos 12 meses |
|  | Para postulantes que se desempeñen en Corporaciones Municipales, fundaciones, o servicios de salud, copia de la escritura pública o decreto de nombramiento en que conste personería del representante legal que suscribe el certificado laboral |
|  | liquidacion de sueldo o boleta de honorarios del mes de junio o julio (a elección del postulante) |