

## FORMULARIO DE POSTULACIÓN CARRERAS DE GRADO

**CARRERA A LA CUAL POSTULA:** .....

### A. DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido:	
Cedula de Identidad N°:	
Fecha de Nacimiento:	
Sexo:	
Domicilio:	
Ciudad:	
Departamento:	
Teléfono:	
Celular:	
E-mail:	

### B. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:

Identificación de la Institución:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dependencia:	
Nombre y Apellido del Jefe/a Inmediato Superior:	
Número de Teléfono:	
E-mail:	
Cargo que ocupa el funcionario que postula a la beca:	
Antigüedad en el cargo:	

DIRECCIÓN NACIONAL ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Antigüedad en la Institución (en años y meses):	
Contratado/permanente (especificar)	
Calificación evaluación del desempeño:	
Nombre y Apellido de la Máxima Autoridad de la dependencia en la que presta servicios:	

**C. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

**I. Estudios realizados:**

Nivel de Estudios*	Título Obtenido	Institución	Año de Obtención del Título	Cumple/ No Cumple (Solo para el Equipo Técnico de Becas)

\* Bachiller, Técnico o carrera en proceso

**II. Otros Estudios realizados:**

Cursos	Institución	Año	Duración	Cumple/ No Cumple (Solo para el Equipo Técnico de Becas)

**D. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN SU INSTITUCIÓN Y ÁREA**  
**Describe aspectos relevantes de las asignaciones que a la fecha está desempeñando, con el cargo correspondiente:**

DIRECCIÓN NACIONAL ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Resolución N°	Desde (día/mes/año)	Hasta (actualmente )	Área en la cual desempeña la función	Cumple/ No Cumple (Solo para el Equipo Técnico de Becas)

**Función o actividad que desempeña: (4 mínimo)**

Agregar más líneas en caso de ser necesarios.

**E. POTENCIALES BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN A RECIBIR PARA SU INSTITUCIÓN**

DISCAPACIDAD SI

NO

TIPO:

**F. DOCUMENTACIONES QUE DEBEN ACOMPAÑAR CON LA PRESENTACIÓN:**

- Nota de permiso del director autorizando la postulación ("obligatorio").
- Copia de Cédula de Identidad Civil.
- Copia de Evaluación de Rendimiento.
- Copia de Resolución de cargo (en caso de poseer).
- Certificado de trabajo original DE TODOS LOS VINCULOS.
- Constancia en la cual se detalle: lugar de prestación de servicios, cantidad de vínculos que posee, carga horaria, rotación de horario de cada lugar (**para el caso de personal de blanco**).



DIRECCIÓN NACIONAL ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

---

Por el presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario.

---

Firma del/a Funcionario/a

---

Lugar

---

Fecha

