



**I. Municipalidad de Putaendo  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**ANEXO 1**

**FICHA POSTULACION CONCURSO INTERNO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
MUNICIPALIDAD DE PUTAENDO**

<b>IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL/DE LA POSTULANTE :</b>
<b>Nombre completo:</b>
<b>R.U.T:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Número de teléfono:</b>
<b>Correo Electrónico:</b>
<b>Años de servicio en la Entidad Administradora de Putaendo:</b>
<b>Cargo al cual postula:</b>
<b>Fecha de Entrega</b>

**FIRMA DEL POSTULANTE**



**I. Municipalidad de Putaendo  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**ANEXO 2**

**DECLARACION JURADA DE ACEPTACION DE BASES**

Yo, .....,

Rut ....., Declaro conocer y aceptar las Bases del Concurso. –

Señalo que la información proporcionada tanto en lo personal como la documentación que la certifica,  
es fidedigna. –

Autorizo al Departamento de Salud Municipal para que ejecute las acciones que estime pertinentes  
para la verificación de mis antecedentes.

Acepto la anulación absoluta de mi postulación en el evento de comprobarse la falsedad de alguno  
de los antecedentes presentados.

En Putaendo a , \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**