

**FICHA DE POSTULACIÓN CONCURSO INTERNO 2023**  
**CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN Y SALUD DE LAS CONDES**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD**

**IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE:**

(Usted debe llenar esta planilla con letra imprenta y debe venir adjunto a sobre cerrado)

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Apellidos                       |  |
| Nombres                         |  |
| Rut                             |  |
| Nacionalidad                    |  |
| Teléfono                        |  |
| Correo Electrónico              |  |
| Cargo al cual postula           |  |
| Establecimiento al cual postula |  |

FIRMA DEL POSTULANTE -----

FECHA RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

TIMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DE RECEPCIÓN:

NÚMERO DE RECEPCIÓN: