

**MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**ANEXO N°1  
FICHA: POSTULACIÓN**

Uso comisión

Cargo:.....Puntaje final:.....

YO:.....

RUT. N°:.....Con domicilio en: .....

Vengo en presentar mis antecedentes para postular el cargo de.....  
en.....

Para ello adjunto la siguiente documentación:

1. Currículum vitae actualizado.
2. Certificado de Nacimiento.
3. Certificado de antecedentes para fines especiales.
4. Certificado de salud compatible con el desempeño del cargo. (AnexoN°3)
5. Certificado de título original o legalizado ante notario
6. Certificado situación militar si corresponde.
7. Fotocopia de cedula de identidad por ambos lados.
8. Currículum Vitae (formato libre).
9. Certificados que acrediten postgrados o diplomados (fotocopia Notarial).
10. Certificado aprobado de Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM).
11. Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individual de Salud.
12. Certificados y/o diploma, que acrediten cursos de capacitación. (fotocopia Notarial o validación por QR)
13. Certificado original de la Jefatura de Recursos Humanos o encargado/a de Personal del Servicio donde haya desempeñado funciones que acredite la Calidad de la función desempeñada y años de labor para acreditar experiencia.

Sin otro particular, saluda atentamente

.....  
FIRMA

**MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD**

**ANEXO N°2**  
**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

YO.....RUT.....

CON DOMICILIO EN

....., comuna de .....

VENGO EN DECLARAR BAJO JURAMENTO QUE:

- A) Tengo salud compatible para el cargo al cual postulo.
- B) No he cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funciones.
- C) No estoy inhabilitado(a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado (a), ni me encuentro procesado (a) por crimen o simple delito.
- D) No me encuentro inhabilitado (a) por el artículo 56, puntos a), b) y c) de la ley 19.653, sobre Probidad Administrativa.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso de la I. Municipalidad de Los Muermos, Departamento de Salud.

.....

**FIRMA**

Nota: La falsedad de esta Declaración, hará incurrir en las penas del artículo N° 210 del Código Penal.

Los Muermos, de abril de 2025

**ANEXO N°3**  
**EXÁMEN MÉDICO INGRESO ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos

\_\_\_\_\_  
Cargo al que postula

CEDULA IDENTIDAD \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_.

**A.-**

**ANTECEDENTES**

(Rodear en un círculo lo positivo y en el rubro otras, detallar otras patologías).

ENFERMEDADES HEREDITARIAS	NO _____ SI _____	ANOTAR	
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	Hepatitis-Tifoidea-Parotiditis-TBC-Monocleosis-Sarampión-Otros _____		SI-NO
OPERACIONES	Amígdalas-Apéndice-Hernia inguinal-Varicocele-Otros _____		SI-NO
TRAUMATOLOGÍA	Pie plano-Deformación columna vertebral-Artritis-luxación-Lumbagos-Fracturas-Otros _____		SI-NO
CUTÁNEAS	Alergias-Urticaria-Psoriasis-Afecciones crónicas-Verrugas-Otros _____		SI-NO
LIPOHEMATOLÓGICAS	Leucosis-Hogdkin-Anemias-Adenitis-Diátesis-Hemorragias-Otros _____		SI-NO
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Antibióticos-Penicilina-Analgésicos-Otros _____		SI-NO
ENDOCRINOPATÍAS	Tiroides-Obesidad-Diabetes (antecedentes familiares)-Diabetes(personal)-Otras _____		SI-NO
NEURO- PSIQUIATRICAS	Psicopáticas-Neurosis-Epilepsia-Enuresis-Déficit-Tec-Otros _____		SI-NO
BRONCOPULMONAR	Asma Bronquial-Bronquitis frecuente-Pleuresía-Otros _____		SI-NO
CARDIOVASCULAR	Enfermedad Reumática-Trastorno ritmo cardiaco-Varicosidades-Otros _____		SI-NO
URONEFROPATIAS	Glomerulonefritis-Nefropatías-Litiasis Urinaria-Venéreas-Otros _____		SI-NO

**B.-**

**EXÁMEN FÍSICO**

Peso actual \_\_\_\_\_ Kg

Talla \_\_\_\_\_ CMS

Pulso \_\_\_\_\_

Presión arterial \_\_\_\_\_.

Marque con una x opción que corresponde:

ANATOMÍA	NORMAL	ALTERADO
Cabeza, cara cuero cabelludo		
Nariz, senos paranasales		
Boca, garganta		
Oídos (en general)		
Tórax, pulmón, mamas		
Corazón		
Sistema muscular		
Abdomen, (hernias, cicatrices)		
Hígado, Bazo		
Sistema endocrino		
Sistema genitourinario		
Extremidades superiores		
Extremidades inferiores		
Pies, (arcos, callosidades)		
Columna vertebral		
Piel linfáticos		
Examen neurológico		

**C.-**

**CONCLUSIÓN**

Salud compatible

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_.

Certifico haber confirmado los datos anotados en este examen.

NOMBRE

NÚMERO REGISTRO COLEGIO MÉDICO

FECHA

FIRMA