



**CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE
IQUIQUE DEPTO. DE SALUD-CORMUDESÍ**

ANEXO N° 5

PAUTA DE EVALUACIÓN DE ADMISIBILIDAD COMISIÓN CALIFICADORA

Nombre postulante	
Dirección	
Mail	
Teléfono	
Cargo	

DOCUMENTOS	SI	NO
Posee contrato plazo fijo con CORMUDESÍ		
Ha trabajado a lo menos tres años continuos o discontinuos de acuerdo al art. N°8 letra b del reglamento del a ley 21.308		
Identificación postulante (anexo N° 1)		
Salud Compatible (anexo N° 2)		
Probidad (anexo N° 3)		

ADMISIBILIDAD	SI		NO	
----------------------	----	--	----	--