**ANEXO N° 1**

 **“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

PROCESO DE REUBICACIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DISPONIBLES EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA MÉDICOS CIRUJANOS EN ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION CONTRATADOS POR ART. 8º LEY Nº 19.664 AÑO 2019

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud de Origen** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Servicio de Salud al que postula** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de egreso** |  |
| **Fecha de Ingreso a la EDF** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |

**POR FAVOR, MAQUE LA ALTERNATIVA CON UNA X, SEGÚN CORRESPONDA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Se ha reubicado anteriormente | SI | NO |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 2****DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**  |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Servicio de Salud |  |
| Plaza actual de Destinación |  |
| Plaza y SS al cual postula |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **INDENTIFIQUE DOCUMENTO** | **SI** | **NO** |
| 1. Antigüedad (Relación de servicios)
 |  |  |  |
| 1. Perfeccionamiento
 |  |  |  |
| 1. Buen Desempeño:

3.1 Felicitaciones (OIRS)3.2 Anotaciones de mérito   |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO.**

.......................................................................................

FIRMA DEL-A POSTULANTE

**ANEXO Nº 3**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y CAPACITACION**

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **Nº HRS.** | **APROBADO/NO APROBADO** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ENCARGADO DE CAPACITACIÓN**

**FIRMA Y TIMBRE**

**ANEXO N° 4**

**AUTORIZACION DEL SERVICIO DE SALUD DE ORIGEN**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_, DR./A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , Director/a de Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, según Resolución N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, autorizo a don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional \_\_\_\_\_\_\_\_EDF, ingreso \_\_\_\_\_\_\_ (día, mes y año), con desempeño en la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letra\_\_\_\_\_ en la comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dependiente del establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para postular al concurso de reubicación de plazas EDF año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.y, autorizo su posterior traslado a la plaza \_\_\_\_\_\_\_, del Servicio de Salud\_\_\_\_\_\_,una vez concluido el concurso, en los términos y condiciones establecidas en las presentes bases.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Director Servicio