**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

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

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

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

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

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

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

**FIRMA**

Fecha:

|  |
| --- |
| **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 NOMBRE DEL O LOS DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** |
| 1. Antigüedad |  |  |  |
| 1. Perfeccionamiento |  |  |  |
| 1. Proyectos |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, LA SOLA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REUBICACIÓN, SIGNIFICA LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR FUNCIONES EL 1° DE ABRIL DE 2018 EN LA PLAZA.**

**PARA LO CUAL FIRMO.**

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

**FIRMA DEL-A POSTULANTE**

**Fecha:**

**ANEXO Nº 3**

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | Nota de aprobación |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**(SE DEBE ADJUNTAR EL REPORTE HISTÓRICO DE CAPACITACIÓN, EXTRAÍDO DEL MÓDULO DE CAPACITACIÓN SIRH, SI CORRESPONDE)**

**Nombre Encargado de Capacitación del Servicio**

**Firma Encargado de Capacitación del Servicio**

**Fecha:**

**ANEXO N° 4**

**AUTORIZACION DEL ESTABLECIMIENTO 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**

**ANEXO Nº5**

**CRONOGRAMA DEL CONCURSO REUBICACIÓN PLAZAS EDF**

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAPAS DEL CONCURSO** | **FECHAS** |
| **Publicación página web del Servicio de Salud** | **30 noviembre** |
| **Presentación antecedentes** | **30 noviembre al 7 diciembre a las 12:00 horas** |
| **Evaluación antecedentes y publicación puntajes** | **10-11 diciembre** |
| **Toma Plaza de Reubicación** | **11 -12 diciembre** |
| **Inicio reubicación** | **1 abril 2019** |

**ANEXO Nº6**

**PLAZAS DISPONIBLES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE PLAZA** | **DESCRIPCION** | **NIVEL DE DIFICULTAD** | **PROFESIONAL** |
| **CESFAM La Ligua** | **1** | **E** | **Médico** |
| **CESFAM Concón** | **2** | **E** | **Médico** |
| **CESFAM Eduardo Frei Villa Alemana** | **2** | **D** | **Médico** |
| **CESFAM Quilpué** | **4** | **E** | **Médico** |
| **Hospital Petorca** | **1** | **C** | **Médico** |
| **Hospital de Cabildo** | **1** | **D** | **Médico** |
| **Hospital de Peñablanca** | **3** | **E** | **Médico** |
| **Hospital La Calera** | **1** | **E** | **Médico** |
| **Hospital de La Ligua** | **2** | **D** | **Médico** |
| **Hospital de Limache** | **6** | **E** | **Médico** |
| **Hospital Quintero** | **1** | **C** | **Médico** |
| **Hospital Quintero** | **1** | **C** | **Odontólogo** |
| **Hospital de La Calera** | **1** | **E** | **Odontólogo** |
| **Total** | **26** |  |  |