**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

“PROCESO DE REUBICACIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DISPONIBLES EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA MÉDICOS EN ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION CONTRATADOS POR ART. 8º LEY Nº 19.664 AÑO 2022”

**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** |  |

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

**FIRMA DEL- A POSTULANTE**

Fecha:……………………………………………

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

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Plaza actual de Destinación |  |
| Plaza a la cual postula | Primera Prioridad:    Segunda Prioridad:  Tercera Prioridad: |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **CANTIDAD DE DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** |
| 1. Antigüedad |  |  |  |
| 1. Perfeccionamiento |  |  |  |
| 1. Trabajos con Comunidad |  |  |  |

**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 JUNIO DEL 2022 EN LA PLAZA.**

**PARA LO CUAL FIRMO.**

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

**FIRMA DEL-A POSTULANTE**

**Fecha:**

**ANEXO N° 3**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | Nota de aprobación | Certificado Adicional (SI/NO) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SE DEBE ADJUNTAR EL REPORTE HISTÓRICO DE CAPACITACIÓN, EXTRAÍDO DEL MÓDULO DE CAPACITACIÓN SIRH PARA QUIENES TRABAJAN PLAZA DE DESTINACIÓN EN HOSPITAL FIRMADO POR EL ENCARGADO DE CAPACITACIÓN DEL HOSPITAL. EN CASO DE PERTENECER A APS, DEBE SOLICITAR EL HISTÓRICO DE CAPACITACIÓN EN EL HOSPITAL DEL CUAL DEPENDE ADMINISTRATIVAMENTE. (NO SE CONSIDERAN PARA EL PUNTAJE LOS CURSOS DE PREGRADO.)**

**……………………………………………………..**

**FIRMA Y TIMBRE**

**ENCARGADO DE CAPACITACIÓN LOCAL**

**Fecha:……………………………………………….**

**ANEXO N° 4**

**CUADRO RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE TRABAJO COMUNITARIO**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° CERTIFICADO** | **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD O DE LA DESCRIPCIÓN** | **REGISTRE EL O LOS MEDIOS VERIFICADORES ( Reporte de asistencia / fotos / Afiches / productos logrados, entre otros)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**SE DEBE ADJUNTAR LOS CERTIFICADOS CON TODOS LOS ANTECEDENTES SOLICITADOS, Y FIRMADO Y CON TIMBRE DE LA AUTORIDAD QUE ACREDITE LA REALIZACION DE LA ACTIVIDAD. (NO SE CONSIDERAN PARA EL PUNTAJE ACTIVIDADES DE LABOR DOCENTE Y DE GESTIÓN CLINICA QUE SEA PARTE DE LAS FUNCIONES HABITUALES DEL MÉDICO EDF)**

**……………………………………………………..**

**FIRMA Y TIMBRE**

**ENCARGADO DE CAPACITACIÓN LOCAL**

**Fecha:……………………………………………….**

**ANEXO N° 5**

**AUTORIZACION DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Director/a del Hospital - Director/a del CESFAM o Consultorio que corresponda, autorizo a don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional Médico EDF, quien ingreso el \_\_\_\_\_\_\_ (día, mes y año), con desempeño en la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letra\_\_\_\_\_ en la comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dependiente del establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para postular al concurso de reubicación de plazas Médicos EDF año 2022 y, autorizo su posterior traslado a la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota una vez concluido el concurso, en los términos y condiciones establecidas en las presentes bases.

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

**Firma y Timbre Director del Establecimiento**

**ANEXO N° 6**

**CARTA DE INTENCIÓN**

**Nombre: …………………………………………………………………………………….**

**Plaza de destino actual: …………………………………………………………………**

**Plaza a la que postula: - Primera prioridad…………………………………………**

**- Segunda prioridad………………………………………..**

**-Tercera prioridad………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Fundamentos:** |
| **FIRMA: FECHA:** |