**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 2021

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud de Origen** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Establecimiento 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, MARQUE 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 a la cual postula |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **INDENTIFIQUE DOCUMENTO** | **SI** | **NO** |
| 1. Antigüedad
 |  |  |  |
| 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, LA SOLA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REUBICACIÓN, SIGNIFICA LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR FUNCIONES EL 1° DE JULIO DE 2021 EN LA PLAZA.**

 **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. | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANEXO N° 4**

**AUTORIZACION DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

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 de Concurso** | **Fechas – días** |
| **Publicación día jueves página web del Servicio de Salud Magallanes** | **Día 14 de abril 2021** |
| **Presentación antecedentes** | **Día 15 al 23 de abril 2021** |
| **Evaluación antecedentes y publicación puntajes** | **Día 26 al 27 de abril 2021** |
| **Toma Plaza de Reubicación** | **28 de abril 2021** |

**ANEXO Nº6**

**PLAZAS DISPONIBLES SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE PLAZA** | **DESCRIPCION** | **NIVEL DE DIFICULTAD** |
| **CESFAM DR. JUAN DAMINANOVIC** | **2 CUPOS** | **D** |
| **CESFAM NATALES DR. JUAN LOZIC** | **2 CUPOS** | **C** |
| **HOSPITAL DR. AUGUSTO ESSMANN B. DE NATALES** | **2 CUPOS** | **C** |
| **HOSPITAL DR. MARCO CHAMORRO I. DE PORVENIR** | **2 CUPOS** | **A** |
| **HOSPITAL CRISTINA CALDERON DE PUERTO WILLIAMS** | **1 CUPO** | **A** |