**ANEXO N°1**

**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

“PROCESO DE REUBICACIÓN INTERNA 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 2020”

**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 Nº2**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Servicio de Salud |  |
| 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. 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 2020 EN LA PLAZA.**

**PARA LO CUAL FIRMO.**

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

**FIRMA DEL-A POSTULANTE**

Fecha:

**ANEXO Nº3**

**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 PARA QUIENES TRABAJAN EN PLAZA DE DESTINACIÓN EN HOSPITAL FIRMADO POR EL ENCARGADO DE CAPACITACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO. PARA QUIENES SE DESEMPEÑAN EN PLAZA DE DESTINACION APS, DEBEN ADJUNTAR LOS CERTIFICADOS DE LOS CURSOS REALIZADOS CON LA NOTA OBTENIDA Y VISADOS (VISTO BUENO FIRMADO) POR JEFE DEL RESPECTIVO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL, DANDO FE DE LA VERACIDAD DE LOS CERTIFICADOS PRESENTADOS. NO SE CONSIDERAN PARA EL PUNTAJE LOS CURSOS DE PREGRADO.)

**Fecha:**

**ANEXO N°4**

**AUTORIZACION DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_, Dr./a;Sr/Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Director/a del Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional médico EDF, ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (día, mes y año), con desempeño en la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letra\_\_\_\_\_ en la comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dependiente del Servicio Viña del Mar-Quillota, para postular al Concurso de Reubicación Interna de plazas EDF año 2020 y, autorizo su posterior traslado a la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, una vez concluido el concurso, en los términos y condiciones establecidas en las presentes bases.

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

**Firma Director(a) del Establecimiento de Origen**

**ANEXO Nº5**

**CRONOGRAMA DEL CONCURSO REUBICACIÓN PLAZAS EDF**

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAPAS DEL CONCURSO** | **FECHAS** |
| **Publicación página web del Servicio de Salud** | **4 de noviembre de 2019** |
| **Presentación de antecedentes** | **4 al 12 de noviembre de 2019 a las 12:00 horas** |
| **Evaluación antecedentes y publicación puntajes** | **12 - 13 noviembre de 2019** |
| **Toma Plaza de Reubicación** | **14 de noviembre de 2019** |
| **Inicio reubicación** | **1 abril 2020** |

**ANEXO N°6**

**LISTADO DE PLAZAS DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CUPO** | **ESTABLECIEMIENTO** | **PROFESION** | **NIVEL DE DIFICULTAD** |
| 2 | Hospital Adriana Cousiño de Quintero | Medico EDF | C |
| 2 | Hospital de Cabildo | Médico EDF | C |
| 1 | Hospital de La Ligua | Médico EDF | D |
| 1 | Hospital de Petorca | Médico EDF | C |
| 1 | CESFAM Gomez Carreño | Médico EDF | E |
| 1 | CESFAM Concón | Médico EDF | E |
| 1 | Consultorio El Belloto | Médico EDF | E |
| 2 | CESFAM Villa Alemana | Médico EDF | E |
| 1 | CESFAM La Palma Quillota | Médico EDF | E |
| 1 | CESFAM Marcos Maldonado | Médico EDF | E |