**ANEXO B**

 **“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

**BASES DE PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DE REUBICACION EXTERNA E INTERNA PARA LOS PROFESIONALES FUNCIONARIOS INGRESADOS A LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 8° DE LA LEY Nº 19.664, AÑO 2024.**

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud de Origen** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Establecimiento de su interés por orden de preferencia** |  |
| **Primer Apellido**  |  |
| **Segundo Apellido**  |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Profesión (Médico o Dentista)** |  |
| **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 |

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

**NOMBRE Y FIRMA**

|  |
| --- |
| **ANEXO C****DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**  |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Profesión (Médico o Dentista) |  |
| Servicio de Salud |  |
| Plaza actual de Destinación |  |
| Plaza(s) a la cual postula | Opción 1:Opción 2: |
| Servicio de Salud al cual postula |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **INDENTIFIQUE DOCUMENTO** | **CANTIDAD DE DOCUMENTACIÓN** |
| 1. Antigüedad
 |  |  |
| 1. Perfeccionamiento
 |  |  |
| 1. Entrevista Personal
 | No aplica |  No aplica |
| 1. Anotaciones
 |  |  |

**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 EN LA PLAZA Y LA FECHA QUE CORRESPONDA RESPECTO AL INGRESO DE PROFESIONALES EDF 2024, PARA MÉDICOS SEGUN SE DETALLA EN ESTAS BASES, Y PARA DENTISTAS EN ABRIL DE 2024.**

 **PARA LO CUAL FIRMO.**

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

**NOMBRE Y FIRMA DE POSTULANTE**

**ANEXO D**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

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

 **FIRMA FECHA**

**ANEXO E**

**AUTORIZACION DEL SERVICIO DE SALUD DE ORIGEN**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_, DR./A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Director/a de Servicio/ Director de Hospital del XXXX del SS./CESFAM XXXX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, según Resolución N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, autorizo a don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional Médico/Odontólogo EDF, ingreso \_\_\_\_\_\_\_ (día, mes y año), con desempeño en la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letra\_\_\_\_\_ en la comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para postular al proceso de reubicación de plazas EDF año 2024 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 …..**

**Este documento debe ser presentado únicamente si la postulación es en un establecimiento distinto a su Servicio de Salud actual.**

**ANEXO H**

**PRESENTACION LIBRE**

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

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

1. Justifique cómo su solicitud de reubicación se ajusta a lo establecido en el Art. 20 del Decreto 91:

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

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

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

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

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

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

1. Presentación libre:

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

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

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

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

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

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

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

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

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO Nº 1**

**LUGAR Y PERIODO DE DESEMPEÑO EN DESTINACION**

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud** | **Establecimiento** | **Dependencia****(Municipal o Servicio)** | **Fecha DESDE****(dd/mm/aaaa)** | **Fecha HASTA****(dd/mm/aaaa)** | **MOTIVO****Buen Servicio****Otro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*\*Deberá acompañar Certificado de Relación de Servicio y Hoja de Vida funcionaria**

**ANEXO Nº 2**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **Nº HRS.** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*\* Deberá acompañar reporte del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) firmado en cada una de sus páginas por jefe de capacitación del respectivo Servicio de Salud ó cada uno de los Certificados de la actividad. Estos deben ser originales, digitalizados a color o legalizados ante notario o ministro de fe.



MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD XXXX

**ANEXO I**

**ACEPTACIÓN PLAZA DE REUBICACIÓN 2024**

**SERVICIO DE SALUD XXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
| xx | xx | xx |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CEDULA DE IDENTIDAD** | **TELEFONO** | **EMAIL** | **PROFESION** |
| xx | xx | xx@xxxxx |  |

|  |
| --- |
| **CONTRATO EDF ART. 8 LEY 19.664 - ORIGEN** |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **ESTABLECIMIENTO** |  |
| **NIVEL DE DIFICULTAD** |  |

|  |
| --- |
| **CONTRATO EDF ART. 8 LEY 19.664 – REUBICACION DESTINO** |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **ESTABLECIMIENTO** |  |
| **NIVEL DE DIFICULTAD** |  |

**Declaro conocer los términos y condiciones del Concurso establecidas en las bases aprobadas por Resolución Exenta N° XX DEL XX.XX.2023 y me comprometo a cumplir mi nueva destinación del proceso de Reubicación 2024.**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**SSSSSSS, xx DE xxxxx DE 2023**