**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

PROCESO DE REUBICACIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO PARA MÉDICOS CIRUJANOS EN ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION CONTRATADOS POR **ART. 8º LEY Nº 19.664 AÑO 2023**

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud de Origen** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **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**

xxxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxx de 2023

**ANEXO N° 2**

**DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA**

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Plaza actual |  |
| Plaza a la cual postula (identifique en orden priorizada su opción) | 1.-  2.-  3.- |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **INDENTIFIQUE DOCUMENTO** | **SI** | **NO** |
| 1. Evaluación del Desempeño |  |  |  |
| 1. Carta de Motivación/interés |  |  |  |
| 1. Certificado de Actividades |  |  |  |
| 1. Certificado de Asistencia |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO.**

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

FIRMA DEL/A POSTULANTE

xxxxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxxx de 2023

**ANEXO Nº 3**

**CERTIFICADO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

**(01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022)**

\_\_\_\_(NOMBRE JEFATURA DIRECTA)\_\_\_\_, RUT JEFATURA DIRECTA, \_\_\_\_\_\_\_\_(CARGO JAFATURA DIRECTA)\_\_\_, certifica que D. (nombre completo del postulante), se ha desempeñado desde 01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Los elementos evaluados consideran;

1. Aportes realizados a la Institución

\_\_\_ Alto \_\_\_Medio \_\_\_Bajo \_\_\_No observado (Marcar opción)

1. Nivel de interés que demuestra por el trabajo

\_\_\_ Alto \_\_\_Medio \_\_\_Bajo \_\_\_No observado (Marcar opción)

1. Capacidad de trabajar en Equipo

\_\_\_ Alto \_\_\_Medio \_\_\_Bajo \_\_\_No observado (Marcar opción)

1. Nivel de conocimiento demostrado

\_\_\_ Alto \_\_\_Medio \_\_\_Bajo \_\_\_No observado (Marcar opción)

1. Cumplimiento de Normas e Instrucciones

\_\_\_ Alto \_\_\_Medio \_\_\_Bajo \_\_\_No observado (Marcar opción)

6.- Disposición al trabajo extraordinario en periodo de Pandemia.

\_\_\_ Alto \_\_\_Medio \_\_\_Bajo \_\_\_No observado (Marcar opción)

7.- Otros antecedentes a considerar

N° Anotaciones de Merito \_\_\_\_ N° Anotaciones de Demerito \_\_\_\_\_ Última Calificación\_\_\_\_\_\_\_

**Finalmente, la conclusión del desempeño funcionario es:**

\_\_\_ EXCELENTE \_\_\_ BUENO \_\_\_ SATIFACTORIA \_\_\_ REGULAR \_\_\_MALA (Marcar opción)

|  |
| --- |
| Observaciones (Texto Libre) |

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

FIRMA JEFATURA DIRECTA

xxxxxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxx de 2023

**ANEXO N° 4**

**CARTA MOTIVACION**

Nombre Postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| El postulante deberá indicar motivos e interés por el cual solicita re ubicación en nuestro Servicio de Salud. |

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

FIRMA DEL/A POSTULANTE

xxxxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxxx de 2023

**ANEXO N° 5**

**CERTIFICADO DE ACTIVIDADES**

**(Este certificado debe ser completado por Director/a CESFAM)**

El/la director/a del Cesfam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifica que D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha realizado durante el período 01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022; las siguientes actividades:

1. Programas a su cargo, identificar

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

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

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

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

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

1. Aportes del profesional al fortalecimiento del modelo de salud familiar (Señalar y detallar el **número** de aportes)

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

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

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

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

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

1. Iniciativas que apoyen el cumplimiento del plan de trabajo asociado a la integración con la comunidad y el intersector. (Señalar y detallar el **número** de iniciativas y su impacto en la comunidad)

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

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

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

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

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

1. Extensiones Horarias \_\_\_ SI \_\_\_NO, (marque opción)

Si la respuesta es SI, indicar número de extensiones realizadas en el periodo (01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

DIRECTOR/A CESFAM

NOMBRE

RUT

xxxxxxxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxxx de 2023

**ANEXO N° 6**

**CERTIFICADO DE ASISTENCIA**

El/La Encargado/a de Recursos Humanos del xxxxxxxxxxx (establecimiento), certifica que D. xxxxxxxxx (nombre y rut del postulante) ha cumplido con su jornada de trabajo establecida de lunes a viernes en horario de xx:xx horas a las xx:xx horas, registrando un total de xxxxx minutos de atraso en xxxxxx días, desde el 01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Se otorga el presente certificado para ser utilizado en proceso de postulación de re ubicación de plaza en Servicio de Salud Talcahuano.

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

FIRMA, RUT Y TIMBRE DEL ENCARGADO/A RRHH

xxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxx de 2023

**Nota: no alterar redacción del formulario y completar todos los datos solicitados.**

**ANEXO Nº 7**

**AUTORIZACION DEL DIRECTOR/A SERVICIO DE SALUD/ ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN**

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_, D./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Director/a del Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autoriza a don/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico cirujano, en Etapa de Destinación y Formación (EDF), con desempeño en la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letra, \_\_\_\_\_ en la comuna de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para postular al concurso de reubicación de plazas EDF año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y, autorizo su posterior traslado a la plaza del Servicio de Salud Talcahuano, una vez concluido el concurso, en los términos y condiciones establecidas en las presentes bases.

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

TIMBRE Y FIRMA DIRECTOR/A DE SALUD/ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN