**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** **2025**

**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 2024.

**ANEXO** **N°** **2**

**DETALLE** **DE** **DOCUMENTACIÓN** **ENTREGADA**

**I.-IDENTIFICACIÓN**

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

**II.-** **DOCUMENTACIÓN** **ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **INDENTIFIQUE** **DOCUMENTO** | **SI** | **NO** |
| 1. Evaluación del Desempeño |  |  |  |
| 2. Carta de Motivación/interés |  |  |  |
| 3. Certificado de Actividades |  |  |  |
| 4. 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 2024.

**ANEXO** **Nº** **3**

**CERTIFICADO** **DE** **EVALUACIÓN** **DEL** **DESEMPEÑO**

**(01** **de** **enero** **de** **2024** **al** **17** **de** **diciembre** **de** **2024)**

(NOMBRE JEFATURA DIRECTA) , RUT JEFATURA DIRECTA, (CARGO JAFATURA

DIRECTA) , certifica que D. (nombre completo del postulante), se ha desempeñado desde 01 de enero de 2024 al 17 de diciembre de 2024.

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 2024.

**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 2024.

**ANEXO** **N°** **5**

**CERTIFICADO** **DE** **ACTIVIDADES**

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

EI/la director/a del Cesfam certifica que D.

ha realizado durante el período 01 de enero de 2024 al 17 de diciembre de 2024; las siguientes actividades:

1. Programas a su cargo, identificar
2. Aportes del profesional al fortalecimiento del modelo de salud familiar (Señalar y detallar el **número** de aportes)
3. 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)
4. Extensiones Horarias SI NO, (marque opción)

Si la respuesta es SI, indicar número de extensiones realizadas en el periodo (01 de enero de 2024 al 17 de diciembre de 2024):

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

DIRECTOR/A CESFAM NOMBRE

RUT

xxxxxxxxxxxxxxxx, xx de xxxxxxxxxx de 2024

**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 atrasos, en 365 días, desde el 17 de diciembre de 2023 al 17 de diciembre de 2024.

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 2024

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

**ANEXO** **Nº** **7**

**AUTORIZACIÓN** **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

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