

**SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO**

**DE LAS PERSONAS**

**ANEXO Nº 1**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PROCESO REUBICACIÓN, AÑO 2020**

**I. IDENTIFICACIÓN (Responsabilidad del postulante)**

**APELLIDO PATERNO:**

**APELLIDO MATERNO:**

**NOMBRES :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUN** |  | **-** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROFESIÓN (marque con X)** |  |  | **MÉDICO** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TELÉFONO CONTACTO** |  | **RED FIJA** |  | **CELULAR** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMAIL INSTITUCIONAL** |  | **@** |  |
| **EMAIL PARTICULAR** |  |  |  |

**ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN (donde desempeña funciones actualmente):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA EN QUE ASUMIÓ COMO EDF ART. 8º** |  |  | **DÍA** |  |  | **MES** |  |  | **AÑO** |

**ESTABLECIMIENTO AL QUE SOLICITA LA REUBICACIÓN en orden de preferencia:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**II. ANTECEDENTES DE POSTULACIÓN**

**Marque con una” X “los antecedentes que se adjuntan a su postulación**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Certificado de Relación de Servicios.** |
|  | **ANEXO 2: Organización de actividades en la comunidad o en la labor asistencial.** |
|  | **ANEXO 3: Resumen de cursos de perfeccionamiento y/o capacitación.** |

**Declaro estar en conocimiento y acepto las condiciones estipuladas en las presentes bases.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA POSTULANTE** |  | **NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DIRECTOR(A) ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN** |



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO**

**DE LAS PERSONAS**

**ANEXO Nº 2**

**CUADRO RESUMEN DE ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD O EN LA LABOR ASISTENCIAL.**

**NOMBRE POSTULANTE :**

**RUT:**

Nota: Ordenar las actividades por ítem dentro del rubro (proyectos, adquisiciones, trabajo con grupos organizados, actividades asistenciales, actividades de difusión deportes y recreación), señalando el ítem respectivo al comienzo del grupo, adjuntando los certificados de respaldo, originales o copias autorizadas por Notario o Ministro de Fe de la Red Asistencial.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Categoría | Nº certificado | Nombre de la actividad o descripción | Puntaje (uso exclusivo comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Firma postulante**



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO**

**DE LAS PERSONAS**

**ANEXO Nº 3**

**CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y/O CAPACITACIÓN**

**EN PERIODO EDF ART. 8º.**

Se adjunta además el respectivo certificado de SIRH de las capacitaciones, timbrada y firmada por la unidad o encargado de capacitación de su establecimiento de origen. Si un curso no ha sido ingresado a SIRH, deberá adjuntar certificado, original o copia autorizada por notario o ministro de fe de la red asistencial, explicitando fecha, número de horas pedagógicas y nota de aprobación.

**NOMBRE POSTULANTE :**

**RUT:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Nº horas | Nota | Fecha |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Firma postulante**