

SERVICIO DE SALUD AYSÉN

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO

 DE LAS PERSONAS

UNIDAD ASISTENCIAL- DOCENTE

**ANEXO Nº 1**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PROCESO REUBICACIÓN, AÑO 2022**

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

**APELLIDO PATERNO:**

**APELLIDO MATERNO:**

**NOMBRES :**

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

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

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



SERVICIO DE SALUD AYSÉN

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO

 DE LAS PERSONAS

UNIDAD ASISTENCIAL- DOCENTE

**ANEXO Nº 2**

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

**NOMBRE POSTULANTE :**

**RUN:**

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 DEL POSTULANTE**



SERVICIO DE SALUD AYSÉN

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO

 DE LAS PERSONAS

UNIDAD ASISTENCIAL- DOCENTE

**ANEXO Nº 3**

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

 **EN PERIODO EDF ART. 8º.**

**NOMBRE POSTULANTE :**

**RUN:**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**