

**ANEXO B**  
**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

PROCESO DE REUBICACIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DISPONIBLES EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA MÉDICOS CIRUJANOS Y ODONTÓLOGOS EN ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION CONTRATADOS POR ART. 8º LEY N° 19.664 ,AÑO 2024

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

<b>Servicio de Salud de Origen</b>	
<b>Establecimiento de Desempeño</b>	
<b>Establecimiento de su interés por orden de preferencia</b>	
<b>Apellido Paterno</b>	
<b>Apellido Materno</b>	
<b>Nombres</b>	
<b>Cedula de Identidad</b>	
<b>Correo electrónico</b>	
<b>Teléfono de contacto</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Comuna</b>	
<b>Universidad de Egreso</b>	
<b>Fecha de egreso</b>	
<b>Fecha de Ingreso a la EDF</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Nacionalidad</b>	

**POR FAVOR, MARQUE LA ALTERNATIVA CON UNA X, SEGÚN CORRESPONDA:**

Se ha reubicado anteriormente	SI	NO
-------------------------------	----	----

El Director del Servicio posee la facultad de cambiar el destino de la plaza en caso de necesidad asistencial debidamente fundamentada.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Fecha:.....

**ANEXO C  
DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

**I.-IDENTIFICACIÓN**

Nombre del Postulante	
RUT	
Servicio de Salud	
Plaza actual de Destinación	
Plaza y SS al cual postula	

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

RUBRO	IDENTIFIQUE DOCUMENTO	CANTIDAD DE DOCUMENTACIÓN
1. Antigüedad		
2. Perfeccionamiento		

**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 EL 06 DE MAYO DE 2024 EN LA PLAZA O LA FECHA QUE CORRESPONDA RESPECTO AL INGRESO DE MEDICOS EDF 2024.**

**PARA LO CUAL FIRMO.**

.....  
FIRMA DE POSTULANTE

Fecha:.....

**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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_, SR./A  
\_\_\_\_\_, Director/a de  
Servicio \_\_\_\_\_, según Resolución N° \_\_\_\_\_, de la  
Subsecretaría de Redes Asistenciales, autorizo a don/a \_\_\_\_\_,  
profesional Médico EDF, ingreso \_\_\_\_\_ (día, mes y año), con desempeño en la  
plaza \_\_\_\_\_, letra \_\_\_\_\_ en la comuna \_\_\_\_\_, para postular al  
concurso 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 Servicio

Fecha:.....

**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:

---

---

---

---

---

---

---

3. Presentación libre:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

Fecha:.....

**ANEXO N° 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, Hoja de Vida funcionaria, Resolución de Ingreso al EDF y Resolución de Reubicación (cuando corresponda).**

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR EN ESTE ANEXO:**

	MARQUE CON UNA "X"		
	SI	NO	NO APLICA
RELACIÓN DE SERVICIO			
RES. DE INGRESO AL EDF			
RES. DE REUBICACIÓN			

Fecha:.....

**ANEXO N° 2**

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

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

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

<b>NOMBRE DEL CURSO</b>	<b>N° HRS.</b>

\*\* 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 o cada uno de los Certificados de la actividad. Estos deben ser originales, digitalizados a color o legalizados ante notario o ministro de fe.

Fecha:.....