ANEXO N°1.3

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON LABORES DE A.P.S.

***ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MEDICOS LEY 19.664 ART.9***

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El/La Subdirector/a Médico del Servicio de Salud…………………………….………………….. Dr(a)…………………………………………………………………………..……RUT............................................... Certifica que el/la Dr./a.......................................................................................................se ha desempeñado en labores de Atención Primaria

Fecha inicio……….../.........../……….... Fecha de término…………../……….../………....

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

Firma del Subdirector(a) Recursos Humanos Timbre

Establecimiento

Firma y Timbre del Director del Establecimiento o Director de Servicio de corresponder a otro Servicio de Salud

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios requieren una Certificación del Director del Establecimiento y Subdirector de Recursos Humanos o quien ocupe su lugar, en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.**

Nota: Se debe llenar tantos Certificados como empleadores tenga el Postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.