ANEXO N°10

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA

NOMBRE DEL POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

NOTA: Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por Certificado adjunto.

Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | N.º HRS. | PUNTAJE |
| (Uso exclusivo Comisión) |
|
|  |  |  |
|
|  |  |  |
|
|  |  |  |
|
|  |  |  |
|
|  |  |  |
|
|  |  |  |
|

NOTA:

1. Adjuntar Certificado emitido por la entidad académica formadora.

2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación (SIRH) firmado por de Recursos Humanos que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con timbre y firma del Jefe de Capacitación del Servicio de Salud O´Higgins.

3. No se otorgará puntaje a los Postulantes que se encuentren cursando la capacitación.