# **ANEXO 2.4: DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS (UCI – UTI) SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

Fecha de término: de de

**Número de Horas Desempeñadas: Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante: \_\_

Cargo desempeñado:

Fecha de inicio : de de

Fecha de término: de de

**Número de Horas Desempeñadas: Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**