



ANEXO B: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE BECA ESPECIALIZACIÓN EN OTRO PROCESO DE SELECCIÓN.

Yo _____,
RUN _____ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio, la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por los Servicios de Salud.

Firma Postulante

En caso de haber renunciado a un programa de especialización, no debe presentar este Anexo, sino la Resolución del Servicio de Salud que acepte la renuncia y autorice a participar de un nuevo proceso.



ANEXO C: CARTA DE PATROCINIO FUNCIONARIO LEY N° 19.378.

La I. Municipalidad de _____,
certifica que el/la profesional, Sr(a) _____,
cédula de Identidad N° _____,
quien desempeña funciones en el establecimiento _____,
cuenta con el respaldo, en su calidad de funcionario, para efectuar su postulación al “Proceso de Selección para cupos en programas de especialización año 2026, para Médicos Cirujanos con desempeño en la Atención Primaria de Salud, contratados por la Ley N°19.378”, desarrollado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.
El/la profesional accederá al programa de especialización de su interés, en calidad de misión de estudios; cuando ésta coincida con las indicadas en cuadro al final (Especialidades con retorno al Municipio), según lo establecido en el Art. 43° de la Ley N°19.378, deberá retornar a este Municipio para desempeñarse en calidad de especialista por al menos el doble del tiempo de formación.

Alcalde o Director de Salud Municipal

NOMBRE AUTORIDAD- CARGO – FIRMA Y
TIMBRE INSTITUCIONAL

<u>Especialidades con retorno al Municipio:</u> Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Salud Pública, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.	Especialidad de interés del postulante:
<u>Especialidades con retorno al Servicio de Salud:</u> Todas las demás y las indicadas en el listado de cupos	

FECHA DE EMISIÓN: _____ / _____ / _____



ANEXO D: FORMATO CARTA DE IMPUGNACIÓN

SR. SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
PRESENTE

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados

Admisibilidad		Rubros	
---------------	--	--------	--

Marcar con una X lo que corresponde, pudiendo indicar ambos

Inadmisibilidad

RUBRO Nº _____: _____ptos. otorgados.
_____ptos. esperados.

Argumentación de Reposición/Apelación:

RUBRO Nº _____: _____ptos. otorgados.
_____ptos. esperados.

Argumentación de Reposición/Apelación:

En el evento de no acogerse la reposición, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

Nombre, RUT y Firma
(del postulante)

- NOTA:
- ☒ Se puede reponer/apelar tanto por un rubro como por todos ellos
 - ☒ Para que la Reposición/Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.



ANEXO E: FORMATO FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACIÓN

CUPO N.º _____

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRES:

RUN: _____ **TELEFONO:** _____

EMAIL:

SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO/MUNICIPALIDAD DE DESEMPEÑO:

ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO:

REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO:

ESPECIALIDAD TOMADA: _____

UNIVERSIDAD: _____

CAMPO CLINICO: _____

DURACION: _____

Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección.

Firma Postulante

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____



ANEXO 1.1: DESEMPEÑO EN URGENCIAS Y CAMAS CRÍTICAS (LEY N°15.076)

DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N°15.076)	
Servicio de Salud	
Establecimiento (Nombre del Hospital)	
Nombre del Postulante	
Fecha Inicio: ____/____/____ (dd/mm/aa)	Fecha Término: ____/____/____ (dd/mm/aa)
N° de horas contratadas:	
<p>Nombre, timbre y firma del Empleador</p>	

FECHA DE EMISIÓN: ____ / ____ / ____

NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de Salud o en distintos periodos, duplicar las veces que sea necesario)



ANEXO 1.2: DESEMPEÑO EN COMPIN, SERVICIO MÉDICO LEGAL O SEREMIS

DESEMPEÑO EN COMPIN, SERVICIO MEDICO LEGAL O SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL									
Entidad de desempeño (Empleador)									
Nombre de Jefatura directa									
Cargo de Jefatura directa									
Nombre del Postulante									
Cedula de Identidad									
Fecha Inicio (dd/mm/aa)									
Fecha Término (dd/mm/aa)									
Antigüedad de desempeño	Años:		Meses:		Días:				
Desglose Antigüedad									
Jornada laboral única (marcar con "X" lo que corresponda).	11 horas		22 horas		33 horas		44 horas		Otra Jornada (Especificar)
Jornada laboral diversa (marcar con "X" lo que corresponda. Los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio	11 horas		22 horas		33 horas		44 horas		Otra
	Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio
	F. Término		F. Término		F. Término		F. Término		F. Término
Profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo	NO					SI (llenar recuadro siguiente)			
	Fecha Inicio		Fecha Término		Nº total de días				
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	NO					SI			
En caso de haber marcado SI, debe completar Medidas Disciplinarias aplicadas									
Nombre, timbre y firma del Jefe Directo									

FECHA DE EMISIÓN: ____ / ____ / ____

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.



ANEXO 1.3: DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL LEY N°19.378

DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL, LEY N°19.378									
Ilustre Municipalidad de									
Nombre del Establecimiento									
Nombre de Postulante									
Cedula Identidad									
Fecha Inicio contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)									
Fecha Término Contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)									
Antigüedad en la APS	Años:		Meses:		Días:				
Jornada laboral (marcar con "X" lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio	11 horas		22 horas		33 horas		44 horas		Otra
	Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio
	F. Término		F. Término		F. Término		F. Término		F. Término
Profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde)	NO				SI (llenar recuadro siguiente)				
	Fecha Inicio		Fecha Termino		N° total de días				
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	NO				SI (llenar recuadro siguiente)				
En caso de haber marcado SI, debe completar Medidas Disciplinarias aplicadas									
Nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o encargado de personal o entidad administradora de Salud Municipal									

FECHA DE EMISIÓN: ____ / ____ / ____

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.09.2025
Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.09.2025 para postular.

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.



ANEXO 1.4: DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)

DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)										
Servicio de Salud										
Comuna de Desempeño										
Nombre del Establecimiento										
Nombre de Postulante										
Cédula de Identidad										
Fecha Inicio contrato Art. N° 9 Ley 19.664 (dd/mm/aa)										
Fecha Término Contrato Art. N° 9 Ley 19.664 (dd/mm/aa)										
Antigüedad en el Servicio de Salud	Años:			Meses:			Días:			
Jornada laboral (marcar con "X" lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio	11 horas		22 horas		33 horas		44 horas		Otra	
	Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio	
	F. Término		F. Término		F. Término		F. Término		F. Término	
El profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo	NO					SI (llenar recuadro siguiente)				
	Fecha Inicio			Fecha Termino			N° total de días			
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	No					SI (llenar recuadro siguiente)				
Medidas Disciplinarias aplicadas										
Nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal o encargado de personal										

FECHA DE EMISIÓN: _____ / _____ / _____

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.09.2025. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.09.2025 para postular.**

ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud 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.



ANEXO 1.4.1: CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON LABORES DE APS.

ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MÉDICOS LEY 19.664 ART.9 CON DESEMPEÑO EN HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD

El/La Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud _____

Dr(a)_____

Certifica que el/la Dr.(a)_____ se ha
desempeñado en labores de Atención Primaria en el establecimiento

_____,

realizando las siguientes labores de atención primaria:

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Firma del Subdirector(a) Médico(a) del SS

Timbre

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de mediana complejidad y comunitarios, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención, requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.

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.



ANEXO 1.5: CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN PROGRAMA REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y DERECHOS HUMANOS (PRAIS)

ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MEDICOS LEY 19.664 ART.9 CON DESEMPEÑO EN PRAIS

Se certifica que el/la Dr. (a) _____ se ha desempeñado en labores PRAIS en el establecimiento _____, realizando las siguientes labores de atención primaria:

Fecha de inicio	_____/_____/_____
Feca de término	_____/_____/_____
Horas contratadas	
Nombre, cargo, timbre y firma	

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/_____

Nota: Este anexo debe ser firmado por el Coordinador PRAIS o Subdirector Médico o Director de Servicio de Salud. Puede completar tantos anexos como sean necesarios, en caso de que haya tenido distintos periodos y horas contratadas, así como desempeño en distintos Servicios de Salud.



ANEXO 1.6: RESUMEN DE DESEMPEÑO PREVIO

LEY CONTRATACION	COMUNA	ESTABLECIMIENTO	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINO (dd/mm/aa)	JORNADA LABORAL
19.378					
19.664					
15.076					



ANEXO 1.7: ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA

[illegible]



ANEXO 2.1: ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA. DESEMPEÑO EN SAPU – UOP – SAPUR -SAR – SUR.

Servicio de Salud o Municipalidad _____

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**

Servicio de Salud o Municipalidad _____

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 Departamento de Salud). 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)



ANEXO 2.2: EXTENSIÓN HORARIA

Servicio de Salud o Municipalidad _____

Establecimiento (Centro de Salud)_____

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**

Servicio de Salud o Municipalidad _____

Establecimiento (Centro de Salud)_____

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 Departamento de Salud). 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)



ANEXO 2.3: DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU

Servicio de Salud _____

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

Servicio de Salud _____

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)



ANEXO 2.4: DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS (UCI – UTI)

Servicio de Salud _____

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

Servicio de Salud _____

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)



ANEXO 3: FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

Servicio de Salud o Municipalidad _____

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Postulante _____

Cargo desempeñado _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

Documento que acompaña o respalda: _____

Servicio de Salud o Municipalidad _____

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Postulante _____

Cargo desempeñado _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

Documento que acompaña o respalda: _____

Nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal

FECHA DE EMISIÓN: _____ / _____ / _____

NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

(Duplicar las veces que sea necesario)



ANEXO 4: TRABAJO EN ZONA EXTREMA

Ilustre Municipalidad de / Servicio de Salud	
Nombre	
Cargo (Director de Salud Comunal/ Director de Salud o Subdirector de RR HH o Jefe de Personal	
Nombre del Postulante	
Cédula Identidad	
Fecha Inicio contrato vigente	
Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 30.09.2025)	
<p>Nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o Director de Salud o Subdirector de Recursos Humanos o Jefe de Personal</p>	

FECHA DE EMISIÓN: ____ / ____ / ____



ANEXO 5: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL

LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:

Profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas:

- **Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional emitida por la Universidad en la cual estudió**, (la Calificación Médica Nacional es la nota, con dos decimales, calculada según el acuerdo de ASOFAMECH de 1989. Esta nota no es equivalente a la nota señalada en el certificado de título, la cual no se considera válida como antecedente).

Profesionales con Título obtenido en Universidades Extranjeras:

- Certificado de Título emitido por la Universidad en la cual estudió con nota final de Titulación
- Certificado que acredite Escala de Evaluación de su respectiva Universidad (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad), es requisito fundamental para obtener calificación de lo contrario obtendrá 0,00 puntos en este rubro.
- La información señalada anteriormente puede estar contenida en dos o un solo certificado.



ANEXO 6: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA

NOMBRE POSTULANTE: _____

NOTA: Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado adjunto.
Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

NOMBRE DEL CURSO	NOTA / CONCEPTO APROBACIÓN	Nº HRS. (señalar cantidad de horas según certificado de respaldo)

- NOTA:**
- 1. Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.
 - 2. Profesionales desempeño artículo 9 Ley N°19.664 y Ley N°15.076, puede adjuntar el Registro de Capacitación de Recursos Humanos que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con nombre, firma y timbre de Jefe Unidad de Capacitación SS.
 - 3. No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.



ANEXO 7.1: CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE POSTULANTE: _____

Nº	NOMBRE DEL TRABAJO

NOTA: Ordenar los trabajos en orden a los certificados adjuntos.



ANEXO 7.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES

Universidad o Instituto			
Nombre del Postulante			
Fecha de inicio Docencia	Fecha de término Docencia	Cantidad de meses	Cantidad de horas mensuales
Nombre, cargo, firma y timbre de Autoridad Académica			

FECHA DE EMISIÓN: ____ / ____ / ____

NOTA: El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado con firma y timbre por la respectiva Autoridad Académica). Se verificará la cantidad de meses, certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

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

ANEXO 8.1: PROYECTOS

NOMBRE POSTULANTE: _____

NOTA: Ordenar los proyectos de acuerdo con el orden en carpeta. Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

[illegible]



NOMBRE POSTULANTE _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN_____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio: _____ de _____ de _____
Fecha de término: _____ de _____ de _____

CANTIDAD DE MESES REALIZADOS _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN_____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio: _____ de _____ de _____
Fecha de término: _____ de _____ de _____

CANTIDAD DE MESES REALIZADOS _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN_____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio: _____ de _____ de _____
Fecha de término: _____ de _____ de _____

CANTIDAD DE MESES REALIZADOS _____

****Debe acompañar documento que acredite o certifique 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 con firma y timbre por la organización donde presentó servicios comunitarios no remunerados). 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)



SERVICIO DE SALUD / MUNICIPALIDAD _____

ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE _____

NOMBRE DEL POSTULANTE

NOMBRE DE LA POSTA _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio: _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

****Debe acompañar documento que acredite o certifique la realización de la actividad**

NOMBRE DE LA POSTA

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio: _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

****Debe acompañar documento que acredite o certifique la realización de la actividad**

NOMBRE DE LA POSTA

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio: _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

****Debe acompañar documento que acredite o certifique la realización de la actividad**

NOTA: El postulante debe presentar las **NOTAS** acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado con firma y timbre por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal o Departamento de Salud). 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).



ANEXO 8.3.1: ESQUEMA DE TRABAJO EN POSTA RURAL

[illegible]