**ANEXO B: 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

RUBRO Nº : ptos. otorgados.

 ptos. esperados.

**Argumentación de Apelación:**

RUBRO Nº : ptos. otorgados.

 ptos. esperados.

**Argumentación de Apelación:**

**\_**

**Nombre, RUT y Firma**

(del postulante)

# NOTA:

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

**ANEXO C: 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 D: FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD** **PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL:** |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** | **15.076** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL** |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO E: FORMULARIO DE ACEPTACION DE CUPO**

**NOMBRES:**

**APELLIDOS:**

**CÉDULA DE IDENTIDAD: TELEFONO (MOVIL / FIJO)**

 **/**

**CORREO ELECTRONICO:**

**UNIVERSIDAD DE EGRESO:**

**AÑO DE EGRESO:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**NACIONALIDAD:**

**DIRECCION:**

**COMUNA: REGION:**

**ESPECIALIDAD:**

**UNIVERSIDAD:**

**CAMPO CLINICO:**

**FECHA DE INICIO:**

**PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO)**

**SERVICIO DE SALUD DESTINO:**

**DURACION PAO:**

**ESTABLECIMIENTO:**

**EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD TIENE LA ATRIBUCIÓN LEGAL PARA ORGANIZAR LA RED ASISTENCIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SANITARIAS, POR LO QUE PODRÍA CAMBIAR EL ESTABLECIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA RED.**

**DECLARO CONOCER LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL 2025, SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° XXX DEL XX DE ABRIL DE 2025 Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO:**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**CIUDAD, XX DE XXXXX DE 2025**

**CUPO Nº**

**APELLIDO PATERNO:**

**APELLIDO MATERNO:**

**NOMBRES:**

**RUN:**

**TELÉFONO (Móvil o Fijo):**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**UNIVERSIDAD EGRESO: AÑO EGRESO:**

**NACIONALIDAD:**

**TELÉFONO ALTERNATIVO DE CONTACTO:**

**ESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLINICO :**

**DURACIÓN :**

**SERVICIO DE PAO :**

**ESTABLECIMIENTO :**

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

**FIRMA POSTULANTE**

**CIUDAD, XX DE XXXXX DE 2025**

|  |
| --- |
| **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: |  |
| Nombre, fecha, timbre y firma del Empleador |

**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)**

|  |
| --- |
| **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 | 11horas |  | 22horas |  | 33horas |  | 44horas |  | Otra |  |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F.Término | F.Término | F.Término | F.Término | F.Término |
| ~~E~~l profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | 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 |
|  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal o encargado de personal |

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 31.03.2025. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 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.**

**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.

|  |
| --- |
| **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 | 11horas |  | 22horas |  | 33horas |  | 44horas |  | Otra |  |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F.Término | F.Término | F.Término | F.Término | F.Término |
| ~~Pr~~ofesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | 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 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 31.03.2025 **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 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.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACION** | **COMUNA** | **ESTABLECIMIENTO** | **FECHA DE INICIO****(dd/mm/aa)** | **FECHA DE TERMINO****(dd/mm/aa)** |
| **19.378** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19.664** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15.076** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO 1.6: ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

49

**ANEXO 2.1: ATENCIÓN 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:

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

**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 3.1: ESQUEMA DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD | AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO 4: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

# LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:

Profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas:

* **Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional** (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
* 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.

**ANEXO 5: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA**

# NOMBRE POSTULANTE:

**CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado adjunto.

# Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **Nº HRS.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:**

1. **Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.**
2. **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 timbre y firma de RRHH.**
3. **No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.**

**ANEXO 6.1: CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

# NOMBRE POSTULANTE:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DEL TRABAJO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ANEXO 6.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad o Instituto |  |
| Nombre de la Autoridad Académica |  |
| Cargo |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha de inicio Docencia | Fecha de término Docencia | Cantidad de meses |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Fecha, timbre y firma de Autoridad Académica |

**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 7: DESEMPEÑO ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Establecimiento |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 31.03.2025) |  |
| Información será corroborada con el contrato de trabajo o Hoja de Vida o Relación de Servicio, exigido en rubro 1. No requiere firmas. |