

ANEXO Nº D
DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

I.-IDENTIFICACIÓN

Nombre del Postulante	
RUT	
Servicio de Salud	
Establecimiento	

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

RUBRO	ANEXOS/DOCUMENTO	Nº hojas por rubro	SI	NO
1º Antigüedad	1 y 1.1			
2º Médico Único	2 y Res. N° _____			
3º Funciones de Gestión	3 y 3.1			
4º Trabajo en Posta Rural e Insularidad	4 y 4.1			
5º Trabajo en urgencia	5.A – 5.B – 5.C			
6º Nivel de Dificultad del desempeño	6			
7º Trabajos de Investigación	7			
8º Cursos de Perfeccionamiento	8			
9º Organización de Actividades con la Comunidad o en la Labor Asistencial	9			
10º Actividades Docentes	10 y 11			

ANEXO Nº 3
CERTIFICADO DE FUNCIONES DE GESTIÓN

SERVICIO DE SALUD _____ FECHA _____

ESTABLECIMIENTO _____ DEPENDENCIA (Municipal o SS). _____

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESEMPEÑO MUNICIPAL
<hr style="border: 0.5px solid black;"/> Alcalde o Director de Salud Municipal NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE
<hr style="border: 0.5px solid black;"/> Director de Atención Primaria de Servicio de Salud NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE

DESEMPEÑO EN SERVICIO DE SALUD	
<hr style="border: 0.5px solid black;"/> Director de Servicio o Subdirector Médico del Servicio de Salud NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE	
USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN	
TOTAL MESES	PUNTAJE
FIRMA	

**ANEXO Nº 4
CERTIFICADO DE TRABAJO EN POSTA RURAL E INSULARIDAD**

SERVICIO DE SALUD _____ FECHA _____

ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE _____

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

NOMBRE DE LA POSTA _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : ____ de _____ de _____

Fecha de término: ____ de _____ de _____

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS _____

DISTANCIA A LA POSTA _____

NOMBRE DE LA POSTA _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : ____ de _____ de _____

Fecha de término : ____ de _____ de _____

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS _____ :: _____

DISTANCIA A LA POSTA _____

NOMBRE DE LA POSTA _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : ____ de _____ de _____

Fecha de término : ____ de _____ de _____

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS _____

DISTANCIA A LA POSTA _____

POSTA MUNICIPAL	
_____ Alcalde o Director de Salud Municipal NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE	
_____ Director de Atención Primaria de Servicio de Salud NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE	

POSTA DE SERVICIO DE SALUD	
_____ Director de Servicio Subdirector Médico del Servicio de Salud NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE	

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN	
TOTAL MESES	PUNTAJE
FIRMA	

ANEXO Nº 5.A
CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA DEPENDIENTE DE
SERVICIO DE SALUD

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____ **FECHA** _____

SERVICIO DE SALUD _____

ESTABLECIMIENTO DE ROTATIVA DE TURNOS _____

TIPO DE DISPOSITIVO (SAPU/SUR/SAR/HOSPITAL): _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : ____ de _____ de _____

Fecha de término: ____ de _____ de _____

NÚMERO DE HORAS TOTALES DESEMPEÑADAS EN PERIODO _____

SERVICIO DE SALUD _____

ESTABLECIMIENTO DE ROTATIVA DE TURNOS _____

TIPO DE DISPOSITIVO (SAPU/SUR/SAR/HOSPITAL): _____

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : ____ de _____ de _____

Fecha de término: ____ de _____ de _____

NÚMERO DE HORAS TOTALES DESEMPEÑADAS EN PERIODO _____

Jefe de Atención Primaria
NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE

Subdirector Médico
NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN	
TOTAL MESES	PUNTAJE
FIRMA	

