

ANEXO Nº 3
CERTIFICADO DE FUNCIONES DIRECTIVAS

SERVICIO DE SALUD _____ FECHA _____

ESTABLECIMIENTO _____ DEPENDENCIA (Municipal o SS). _____

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

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

DESEMPEÑO EN SERVICIO DE SALUD	
_____ Director de Servicio NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE	
USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN	
TOTAL MESES	PUNTAJE
FIRMA	

ANEXO Nº 4
CERTIFICADO DE TRABAJO EN POSTA RURAL

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
NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN

TOTAL MESES	PUNTAJE
FIRMA	