ANEXO B: CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN VIGENTE

Se certifica que el (la) Don/ña _____,

C.I _____ se encuentra contratado (a) con jornada de _____ horas semanales (11, 22, 33, 44), desde _____ / _____ / _____ hasta 31/12/2026, en modalidad _____ (titular o contrata o planta; a plazo fijo o indefinido).

El contrato se encuentra bajo la Ley (marcar con X):
_____ Ley N°15.076
_____ Ley N°19.378
_____ Articulo 9 Ley N°19.664

Además, certifico que el/la profesional: _____ (SI/NO) cuenta con Permiso sin goce de sueldo:

Fecha de inicio _____/_____/_____ Fecha de término _____/ _____/_____

Nº total de días _____

Fecha de inicio _____/_____/_____ Fecha de término _____/ _____/_____

Nº total de días _____

Fecha de inicio _____/_____/_____ Fecha de término _____/ _____/_____

Nº total de días _____

_____
Nombre, firma y timbre
Empleador

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

ANEXO C: CARTA DE PATROCINIO FUNCIONARIO LEY N°19.378

La I. Municipalidad de _____,

certifica que el/la profesional, Sr(a) _____,

cédula de Identidad Nº _____,

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 2027, para Médicos Cirujanos con desempeño en la Atención Primaria de Salud, contratados por la Ley Nº 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 - FIRMA Y TIMBRE INSTITUCIONAL

Especialidades con retorno al Municipio:	Especialidad de interés del postulante:
Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Salud Pública, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. **Para estas especialidades es obligatoria la presentación del Anexo C**	

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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, en subsidio, los antecedentes a la Comisión de Apelación.

_____

Nombre, RUT y Firma
(del postulante)

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	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO	
NOMBRE DEL POSTULANTE	
FECHA INICIO: _____/_____/_____	FECHA TÉRMINO: _____/_____/_____
HORAS O JORNADA LABORAL DE CONTRATACIÓN:	
NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADOR	

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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

DESEMPEÑO EN COMPIN, SERVICIO MEDICO LEGAL O SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL										
ENTIDAD DE DESEMPEÑO										
NOMBRE DE JEFATURA DIRECTA										
CARGO DE JEFATURA DIRECTA										
NOMBRE DEL POSTULANTE										
RUT										
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	11 HORAS		22 HORAS		33 HORAS		44 HORAS		OTRA	
	FECHA INICIO		FECHA INICIO		FECHA INICIO		FECHA INICIO		FECHA INICIO	
	FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO	
PERMISO SIN GOCE DE REMUNERACIONES EN EL PERIODO	NO				SI (LLENAR RECUADRO SIGUIENTE)					
	FECHA INICIO		FECHA TÉRMINO		N° 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 EMPLEADOR										

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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										
RUT										
FECHA INICIO (DD/MM/AA)	_____/_____/_____									
FECHA TÉRMINO (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	
	FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO		FECHA TÉRMINO	
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)							
EN CASO DE HABER MARCADO SI, DEBE COMPLETAR MEDIDAS DISCIPLINARIAS APLICADAS										
NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE SALUD COMUNAL O ENCARGADO DE PERSONAL O ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SALUD MUNICIPAL										

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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

<table>
<tr><td colspan="6">DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)</td></tr>
<tr><td>SERVICIO DE SALUD</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>COMUNA DE DESEMPEÑO</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>NOMBRE DE POSTULANTE</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>RUT</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>FECHA INICIO (DD/MM/AA)</td><td colspan="5">_____/_____/_____</td></tr>
<tr><td>FECHA TÉRMINO (DD/MM/AA)</td><td colspan="5">_____/_____/_____</td></tr>
<tr><td>ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE SALUD</td><td>AÑOS:</td><td colspan="2">MESES:</td><td colspan="2">DÍAS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">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</td><td>11 HORAS</td><td>22 HORAS</td><td>33 HORAS</td><td>44 HORAS</td><td>OTRA</td></tr>
<tr><td>FECHA INICIO</td><td>FECHA INICIO</td><td>FECHA INICIO</td><td>FECHA INICIO</td><td>FECHA INICIO</td></tr>
<tr><td>FECHA TÉRMINO</td><td>FECHA TÉRMINO</td><td>FECHA TÉRMINO</td><td>FECHA TÉRMINO</td><td>FECHA TÉRMINO</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PERMISO SIN GOCE DE REMUNERACIONES EN EL PERIODO</td><td colspan="2">NO</td><td colspan="3">SI (LLENAR RECUADRO SIGUIENTE)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>FECHA INICIO</td><td>FECHA TERMINO</td><td colspan="3">N° TOTAL DE DÍAS</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>REGISTRA MEDIDAS DISCIPLINARIAS
(MARCAR CON “X” LO QUE CORRESPONDA)</td><td colspan="2">NO</td><td colspan="3">SI (LLENAR RECUADRO SIGUIENTE)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="6">MEDIDAS DISCIPLINARIAS APLICADAS</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6">NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA
SUBDIRECTOR DE RR.HH O JEFE DE PERSONAL O ENCARGADO DE PERSONAL</td></tr>
</table>

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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 Y TIMBRE
SUBDIRECTOR MÉDICO O SUBDIRECTOR DE GESTIÓN ASISTENCIAL DEL SS

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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 MÉDICOS 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 O JORNADA LABORAL DE CONTRATACION	
NOMBRE, CARGO, TIMBRE Y FIRMA DIRECTOR O COORDINADOR PRAIS O SUBDIRECTOR DE GESTIÓN ASISTENCIAL/MÉDICO DEL SERVICIO DE SALUD	

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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

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

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

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

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
SUBDIRECTOR DE RR.HH O JEFE DE PERSONAL

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

ANEXO 3.1: ESQUEMA DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

JEFATURA	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: TRABAJO EN ZONA EXTREMA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE / SERVICIO DE SALUD	
NOMBRE AUTORIDAD	
CARGO	
NOMBRE DEL POSTULANTE	
RUT	
FECHA INICIO CONTRATO VIGENTE	
TIEMPO DE DESEMPEÑO	
NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE SALUD COMUNAL O DIRECTOR DE SALUD O SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS O JEFE DE PERSONAL	

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

ANEXO 5: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL

NOMBRE POSTULANTE	
UNIVERSIDAD TÍTULO	
CALIFICACIÓN FINAL OBTENIDA	

ANEXO 6: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA

NOMBRE POSTULANTE: _____

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

ANEXO 7.1: CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE POSTULANTE: _____

N°	NOMBRE DEL TRABAJO

ANEXO 7.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES

UNIVERSIDAD O INSTITUTO			
NOMBRE POSTULANTE			
FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	CANTIDAD DE MESES	CANTIDAD DE HORAS MENSUALES

NOMBRE, CARGO, FIRMA Y TIMBRE
AUTORIDAD ACADÉMICA

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

ANEXO 8.1: PROYECTOS

NOMBRE POSTULANTE: _____

N°	NOMBRE DEL PROYECTO

ANEXO 8.2: TRABAJO CON GRUPOS ORGANIZADOS DE LA COMUNIDAD

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

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

ANEXO 8.3: TRABAJO EN POSTA RURAL

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

FECHA DE EMISIÓN: _____/_____/2026

ANEXO 8.3.1: ESQUEMA DE TRABAJO EN POSTA RURAL

NOMBRE DE LA POSTA	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