|  |
| --- |
| **ANEXO N°4** |

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexo** | **N° de Hojas Enviadas** |
| Carátula de presentación de la postulación | 2 |  |
| Formulario de Postulación para el acceso a cupos de Subespecialización | 3 |  |
| Detalle de la Documentación Entregada | 4 |  |
| Certificado de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud | - |  |
| RUBRO 1: Permanencia en establecimientos públicos de Salud | 5 |  |
| RUBRO 2: Calificación Médica de la Especialidad  Certificado extendido por la Universidad respectiva, que incluya la Calificación Médica de la Especialidad | - |  |
| RUBRO 3: Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento | 6 |  |
| Autorización del Establecimiento | 7 |  |
| Declaración Jurada Simple | 8 |  |
| Declaración Jurada Simple que acredita documentos | 9 |  |

**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**