|  |
| --- |
| **ANEXO N°3** |

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexo** | **N° de Hojas Enviadas** |
| Formulario de Postulación | 2 |  |
| Detalle de la Documentación Entregada | 3 |  |
| Copia simple de la cédula de identidad o certificado de residencia definitiva en Chile si corresponde | - |  |
| Certificado de inscripción en el registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud | - |  |
| Declaración Jurada Simple | 4 |  |
| RUBRO 1: Calificación Médica Nacional  Certificado de egreso extendido por la Universidad respectiva, que incluya la Calificación Médica Nacional (CMN) | - |  |
| RUBRO 2: EUNACOM  Certificado de aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) | - |  |
| RUBRO 3: Trabajos Científicos  Formulario Trabajos Científicos. | 5 |  |
| RUBRO 4: Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento  Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento | 6 |  |
| RUBRO 5: Desempeño Laboral y/o Asistencial  Certificado/s de antigüedad laboral o Relación de Servicio | 7 |  |

**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**