|  |
| --- |
| **ANEXO N° 1.3**  **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON LABORES DE APS** |

***ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MÉDICOS LEY 19.664 ART.9***

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El/La Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud…………………………………………………………

Sr(a)………………………………………………………………………………RUT...................................Certifica que el/la Dr.(a).......................................................................................................se ha desempeñado en labores de Atención Primaria.

Fecha inicio……….../.........../……….... Fecha de término…………../……….../………....

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Subdirector(a) Médico(a) del SS Timbre

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.**

Nota: Se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.