**ANEXO N°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

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**