## *Descripción: Descripción: C:\Users\isabel.freire\Desktop\Logo gob SSA_baja_RGB.jpg*

SERVICIO DE SALUD AYSEN

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO

DE LAS PERSONAS

UNIDAD ASISTENCIAL- DOCENTE

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE FINACIAMIENTO DE PROGRAMA DE SUBESPECIALIZACIÓN**

**CONCURSO LOCAL “PROCESO DE SELECCIÓN PARA PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO, INGRESO AÑO 2021.”**

**RESOLUCIÓN EXENTA N° 4454, DEL 27 DE AGOSTO DE 2021, DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN.**

**APELLIDO PATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**APELLIDO MATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOMBRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RUN TELÉFONO (Móvil o Fijo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD DE EGRESO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AÑO EGRESO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESPECIALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNATIVO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CALLE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEPTO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COMUNA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SUBESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLÍNICO :**

**DURACIÓN : 2 AÑOS (FECHA DE INICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ FECHA DE TÉRMINO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**PERÍODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO**

**SERVICIO DE SALUD : AYSÉN**

**DECLARO CONOCER LAS BASES DEL CONCURSO LOCAL “PROCESO DE SELECCIÓN PARA PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO, INGRESO AÑO 2021.”, APROBADAS SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° 4454, DEL 27 DE AGOSTO DEL 2021, DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACION DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO.**

##### Firma postulante o representante

**Coyhaique, 15 de septiembre de 2021**