



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD



ANEXO N°3: COMPROBANTE DE POSTULACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL POSTULANTE _____

R.U.N. _____

ANTECEDENTES ENTREGADOS	VALIDACIÓN
CERTIFICADO EXPERIENCIA	
CERTIFICADO CAPACITACION	
CERTIFICADO CALIFICACIONES	
FICHA DE POSTULACION	

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA RECEPTOR

HUALPÉN, _____ DE _____ DE 2022

HORA RECEPCION _____