



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD

ANEXO N°3: COMPROBANTE DE POSTULACIÓN

NOMBRE COMPLETO POSTULANTE: _____

R.U.N. _____ :

<u>ANTECEDENTES ENTREGADOS</u>	<u>VALIDACION</u>
CERTIFICADO EXPERIENCIA	
CERTIFICADO CAPACITACION	
CERTIFICADO CALIFICACIONES	
FICHA DE POSTULACIÓN	

Firma Solicitante

Firma Receptor

Hualpen, xxx