



CERTIFICADO DE CULMINACIÓN DE PASANTIAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

La Dirección/USF de **[Nombre de la Sede de la Pasantía]**, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, certifica que:

[Nombre completo del pasante], de nacionalidad **[Nacionalidad]**, con Cédula de Identidad N° **[Número de cédula]**, médico especialista en **[Especialidad médica]**, completó satisfactoriamente las actividades del Programa de Pasantías de Médicos Especialistas en esta sede, ubicada en la Región Sanitaria **[Nombre de la Región Sanitaria]**, desde **[Mes de inicio]** hasta **[Mes de finalización]** del año **[Año]**, cumpliendo con los requisitos establecidos en el Reglamento General del Programa de Pasantías para Profesionales Médicos que han concluido la Residencia en Unidades Formadoras del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con una asistencia del **[Porcentaje de asistencia]**%.

Durante su pasantía, realizó las siguientes actividades dentro de su especialidad: **[Breve descripción de las actividades realizadas]**.

En cumplimiento de la Resolución DGRRRH N° 2661/23, Sección IV, Artículo 22, que dispone: *"Al término de la pasantía, la Dirección del Hospital o Unidad de Salud, sede de pasantía, expedirá un certificado en el cual conste la culminación de las actividades correspondientes al Programa de Pasantía de Especialistas, el cual deberá presentarse al Instituto Nacional de Salud"*, se extiende la presente constancia a solicitud del interesado.

Ciudad de **[Ciudad]**, a los **[Día]** días del mes de **[Mes]** de **[Año]**.

**[jefe de rrhh de la sede de pasantía
o región sanitaria]**

**[firma de la máxima autoridad de la sede
de pasantía
o región sanitaria].**