**ANEXO N° D**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (LEY N° 19.378)** |
| Ilustre Municipalidad de |  |
| Nombre del Establecimiento |  |
| Nombre de Postulante |  |
| Cédula de Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato Ley 19.378 (dd/mm/aa) |  |
| Fecha Término Contrato Ley 19.378 (dd/mm/aa) |  |
| Antigüedad en la APS | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Jornada laboral (marcar con “X” lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio | 11 horas |  | 22 horas |  | 33 horas |  | 44 horas |  |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| ~~E~~l profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | Fecha Termino | N° total de días |
|  |  |  |
| Registra medidas disciplinarias (marcar con “X” lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) |
|  |  |
| Medidas Disciplinarias aplicadas |
|  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o encargado de personal o entidad administradora de Salud Municipal |

**Se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.04.2024 para postular.**

**Nota**: se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.