**ANEXO N° 1.2**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre del Establecimiento |  |
| Nombre de Postulante |  |
| Cédula de Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato Art. N° 9 Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  |
| Fecha Término Contrato Art. N° 9 Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  |
| Antigüedad en el Servicio de Salud  | 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 Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal |

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

**ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un Certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.**

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.