

**FORMULARIO LLENADO POR LA SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS**

**ANEXO Nº 5**

**FACTOR 3 EXPERIENCIA CALIFICADA**

(Llenar con letra imprenta)

Este Anexo deberá ser llenado por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas *(o quien ejerzas sus funciones en establecimientos dependientes).*

Este factor se probará adjuntando al anexo un certificado que la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes del Servicio Salud Magallanes, debe extraer del SIRH (Sistema de Información de Recursos Humanos), que acredita la relación cronológica del tiempo en que el postulante se ha desempeñado laboralmente hasta el **31 de marzo de 2021.** El certificado debe ser firmado y timbrado por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, siendo responsabilidad del postulante verificar el cómputo de la antigüedad que se certifica.

En el caso de los Honorarios, deberán presentar un certificado de antigüedad solicitado a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas o quien ejerza sus funciones en los establecimientos dependientes del Servicio Salud Magallanes, mediante igual señale las fechas de inicio y término y la planta en la que se desempeñó.

Para efectos de la contabilización de la antigüedad en otras instituciones de carácter público podrán adjuntar copias de certificados o cualquier otra documentación, validadas por el ministro de fe del establecimiento, los cuales deberán contener, fecha de inicio y término, institución de desempeño, planta de desempeño, firma del departamento de recursos humanos correspondiente.

D……………………………………………………….……..…………………Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de Personas (*o quien haga sus veces, en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes)*, del establecimiento…………………………………………, certifica que:

D.…………………………………………….. RUN………………..grado .……, registra al ……………………. las siguientes antigüedades.

Sub-factor a) Antigüedad en la planta que se concursa en el Servicio de Salud Magallanes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Planta | Calidad Jurídica | Desde/ hasta | Total Tiempo computado |
|  |  |  |  |
| Total de años de desempeño | |  |  |

**Sub-factor b)** **Antigüedad en el grado que ostenta en la planta titular profesional, en el Servicio Salud Magallanes, al momento de la postulación:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Planta | Calidad Jurídica | Desde/ hasta | Total Tiempo computado |
|  |  |  |  |
| Total de años de desempeño | |  |  |

**Sub-factor c) Antigüedad en la planta profesional, en el Servicio Salud Magallanes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Planta | Calidad Jurídica | Desde/ hasta | Total Tiempo computado |
|  |  |  |  |
| Total de años de desempeño | |  |  |

**Sub-factor d) Antigüedad en la Administración del Estado y antecesores legales del Servicio de Salud Magallanes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Planta | Calidad Jurídica | Desde/ hasta | Total Tiempo computado |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total de años de desempeño | |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la Jefatura

**Fecha………………………….**