|  |
| --- |
| **ANEXO N° 5**  **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA RED ASISTENCIAL** |

El/La Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

El/la Dr./Dra. Se ha desempeñado en dicho establecimiento con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde el día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hasta el día \_\_\_\_ del mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Contratado bajo la Ley N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se emite este certificado para ser presentado en el:

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES, INGRESO 2021 – 2022”**

Debe adjuntar Relación de Servicio que compruebe desempeño. Firmada y Timbrada.

**.......................................................................................**

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE**

**SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**