**ANEXO N° 5**

**ANTIGÜEDAD COMO ESPECIALISTA EN EL ESTABLECIMIENTO DE POSTULACIÓN**

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

El (la) profesional funcionario (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado como **médico especialista certificado** en este establecimiento, con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_\_\_\_, hasta (DD/MM/AAAA)\_\_\_\_\_\_\_\_, contratado bajo la Ley \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 2023”**

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

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE**

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

**IMPORTANTE:** Debe adjuntar Relación de Servicios y Certificado de Título de Especialidad.