

ANEXO N° 4
CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA RED ASISTENCIAL

El/La subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital _____
_____, certifica que:

El/la profesional funcionario/a, 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 EN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA MEDICA, 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 2024”

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

.....
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS