|  |
| --- |
| **ANEXO N°1** |

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA JEFATURA, EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL**

El Subdirector (a) de Gestión y Desarrollo de Personas, del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins, certifica que:

Él o (la) Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha desempeñado funciones de Jefatura en el Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Hospital de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dependiente del Servicio de Salud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por un periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses, con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, hasta el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, contratado bajo la Ley N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Debe adjuntar Resolución que respalde el desempeño. Original o copia validada ante Ministro de Fe o Notario Público.**

* Se emite este certificado para ser presentado en **Proceso de Concurso Local sobre “Acceso a 6 cupos de financiamiento de Arancel y Matrícula, orientado a profesionales funcionarios médicos especialistas, para cursar Programas de Subespecialidad, con compromiso de devolución en Establecimientos del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins, ingreso 2023, contratados en planta superior de la Ley 19.664 “**

**………………………………………………………**

**Nombre, firma y timbre**

**Subdirector (a) de Gestión y Desarrollo de Personas**

Fecha: