**ANEXO N° 1.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | |
| Cédula de Identidad |  | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Art. N° 9  Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Art. N° 9  Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | | | Meses: | | | Días: | | |
|  | | |  | | |  | | |
| Jornada laboral (marcar con “X” lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio | 11 horas |  | 22 horas | |  | 33 horas |  | 44 horas |  |
| Fecha Inicio | | Fecha Inicio | | | Fecha Inicio | | Fecha Inicio | |
| F. Término | | F. Término | | | F. Término | | F. Término | |
| ~~E~~l profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | | Fecha Termino | | | N° total de días | | |
|  | | |  | | |  | | |
| Registra medidas disciplinarias (marcar con “X” lo que corresponda) | No | | | | | SI (llenar recuadro siguiente) | | | |
|  | | | | |  | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal | | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.04.2024. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.04.2024 para postular.**

**ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.**

Nota: se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.