**ANEXO N°7**

**DESEMPEÑO ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Establecimiento |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 30.04.2024) |  |
| Información será corroborada con el contrato de trabajo o Hoja de Vida o Relación de Servicio, exigido en rubro 1. No requiere firmas. | |