**ANEXO N°2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD BAJO CONTRATACION LEY 15.076** | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | |
| Nombre Subdirector de RR.HH. |  | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | |
| **Contrato Ley 15.076 (28hrs)** | **Fecha Inicio:** | | | **Fecha Término:** | | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | | Meses: | | Días: | |
|  | |  | |  | |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | | | |  |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | | Fecha Término | | N° total de días | |
|  | |  | |  | |
| Medidas disciplinarias | | | | | | |
| Registra. Marcar con “X” lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) | | | | |
|  |  | | | | |
|  | | Fecha que se instruyó de investigación o  sumario | | | | |
|  | | | | |
| Medida disciplinaria | | | | |
|  | | | | |

**NOTA:**

**1.- Adjuntar relación de servicio**

**2.- Se deben 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.**