**ANEXO Nº 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERMANENCIA EN ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Ley ………………………………………………. |  | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato ……………………………………………….. |  | | | | | | | |
| Antigüedad en el Establecimieto | 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 |
|  | |  | | |  | |  |
| Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | | Fecha Término | | | N° total de días | |
|  | | |  | | |  | |
| registra medidas disciplinarias (marcar con “X” lo que corresponda) | No | | | | SÍ (llenar recuadro siguiente) | | | |
|  | | | |  | | | |
| Fecha que se instruyó de investigación o sumario | | Medida disciplinaria | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| **Nombre, timbre y firma del Jefe CR Gestión de las Personas** | | **Nombre, timbre y firma Director** | | | | | | |

ATENCIÓN: El artículo 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales tipo 3 requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.

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