**EXPERIENCIA LABORAL**

**ANEXO Nº 3**

(En este Rubro se considerarán los años trabajados en cualquier función, con cualquier empleador)

Debe ser completado por el postulante, en forma digital o con letra legible, adjuntando todos los documentos que acrediten la información entregada. Para certificar desempeño en el Servicio de Salud Aconcagua, debe adjuntar relación de Servicios según lo establecen las Bases:

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DEL TÍTULO PROFESIONAL:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUCION / EMPRESA** | **DESDE** | **HASTA** | **CARGO/FUNCION** | **TIEMPO** | | |
| **Años** | **Meses** | **Días** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL DOCUMENTOS ENVIADOS:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO COMISION** | | |
| **Años Trabajados Planta Profesional en Instituciones Públicas o Privadas, Honorarios, Código del Trabajo, Compras de Servicios.** | | **Total Puntaje Rubro** |
| **Años** | **Puntos** |  |
|  |  |

**FIRMA POSTULANTE**