HOSPITAL"DR.AUGUSTO ESSMANN 'BURGOS"
SUBDIRECCIÓN DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

CONCURSO PARA OTORGAMIENTO ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD

FACTOR I CAPACITACION

CERTIFICADO

Quien suscribe, certifica que D:_____
_____

Rut _____, posee las siguientes actividades de capacitación en el periodo objeto de evaluación (entre el 23.12.2015 al 23.12.2018), en el siguiente orden cronológico:

NOMBRE CURSO	Institución Formadora	N° Horas Pedagógicas	Año Efectuado	Evaluación (se debe indicar Nota, concepto y/u otro medio)

De acuerdo a los registros que posee esta Unidad, y los antecedentes aportados por el profesional.
Recuerde que por cada actividad debe adjuntar documento que acredite la capacitación efectuada.

_____
CAROLINA SOTO VELÁSQUEZ
ENCARGADA DE CAPACITACION
HOSPITAL"DR. AUGUSTO ESSMANN B"

PUERTO NATALES,