



HOSPITAL "DR. AUGUSTO ESSMANN 'BURGOS"
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

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, en el siguiente orden cronológico:

NOMBRE CURSO	Institución Formadora	Nº 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,