



HOSPITAL DR. MARCO CHAMORRO IGLESIAS



**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 \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_), en el siguiente orden cronológico:

<b>NOMBRE CURSO</b>	<b>Institución Formadora</b>	<b>Nº Horas Pedagógicas</b>	<b>Año Efectuado</b>	<b>Evaluación (se debe indicar Nota, concepto y/u otro medio)</b>

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.

\_\_\_\_\_  
SOLANGE REYES MORALES  
ENCARGADA DE CAPACITACION  
HOSPITAL DR. MARCO CHAMORRO IGLESIAS

PORVENIR,

