



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 23.01.2020 al 23.01.2023**), 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.

**KARINA TOLEDO VARGAS
ENCARGADA DE CAPACITACIÓN,
RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN
HOSPITAL "DR. AUGUSTO ESSMANN BURGOS"**

PUERTO NATALES,