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 27.07.2020 al 27.07.2023), 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
JEFA DPTO. CAPACITACION, RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN
HOSPITAL" DR. AUGUSTO ESSMANN B"

PUERTO NATALES,