



Hospital Clínico Magallanes  
 “Dr. Lautaro Navarro Avaria”  
 Subdirección de Gestión y Desarrollo  
 de las Personas.



**FORMULARIO DE POSTULACION  
 “ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD”  
 (Decreto N° 137 de 2004)**

<i>NOMBRE FUNCIONARIO</i>	<i>SERVICIO DE DESEMPEÑO ACTUAL</i>
RUN	
DOMICILIO	
TELEFONO INSTITUCIONAL	TELEFONO CELULAR
CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL:	
CORREO ELECTRONICO PERSONAL:	
FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD DE GESTION DESEMPEÑADAS (y anexar certificado de encomendación de funciones)	PERIODOS
CAPACITACION ATINGENTE (detallar cursos y anexar informe de Unidad de Capacitación)	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	

<i>CALIFICACIONES</i> (anexar certificación)	<i>PERIODOS</i>

<i>UNIDAD/ES A LA CUAL SE POSTULA</i>	
<i>FIRMA</i>	