



Hospital Clínico Magallanes
 "Dr. Lautaro Navarro A."
 Subdirección Gestión y Desarrollo
 de las Personas



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

NOMBRE FUNCIONARIO	SERVICIO DE DESEMPEÑO ACTUAL
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)	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	
CALIFICACIONES (anexar certificación)	PERIODOS
UNIDAD/ES A LA CUAL SE POSTULA	
FIRMA	