HOSPITAL DE ANCUD

UNIDAD DE PERSONAL

ANEXO N°2

RELACIÓN CRONOLÓGICA Y PORMENORIZADA DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

NOMBRE: _____

UNIDAD/SERVICIO: _____GRADO: _____

CENTRO FORMADOR	NOMBRE DEL CURSO O ACTIVIDAD	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	Nº HORAS PEDAGOGICAS	EVALUACIÓN OBTENIDA