



OFICINA DE PERSONAL

FORMULARIO REGISTRO DE REUNIONES

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: _____

RUT. _____ SERVICIO DE : _____

FECHA DEL COMETIDO: _____ N° DIAS COMETIDO _____

MOTIVO : _____

LUGAR : _____

FIRMA INTERESADO

FIRMA JEFE DIRECTO

Cauquenes,



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CAUQUENES

MONTT S/N FONONO RED MINSAL: 737153 RED PUBLICA: 567153 E-MAIL: personalcau@ssmaule.cl WEB: hospitalcauquenes.cl
OFICINA DE PERSONAL



OFICINA DE PERSONAL

FORMULARIO REGISTRO DE REUNIONES

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: _____

RUT: _____ SERVICIO: _____

FECHA DEL COMETIDO: _____ N° DIAS U HORAS _____

MOTIVO : _____

LUGAR : _____

FIRMA INTERESADO

FIRMA Y TIMBRE JEFE DIRECTO

Cauquenes,



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CAUQUENES

MONTT S/N FONONO RED MINSAL: 737153 RED PUBLICA: 567153 E-MAIL: personalcau@ssmaule.cl WEB: hospitalcauquenes.cl
OFICINA DE PERSONAL