



**ANEXO N°3**

**CERTIFICADO DE CAPACITACION -DEPTO. SALUD MUNICIPAL DE FRUTILLAR**

La Encargada de Capacitación del CESFAM Frutillar ………………………………………………………………………………………………….. que suscribe y certifica que Don (ña) ……………………………………………………………RUN …………………………………..obtuvo los siguientes puntajes de capacitación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **N° Horas realizadas** | **Total Puntaje** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTALES** |  |  |

………………………….……………………………………………………………………….

NOMBRE, RUN Y FIRMA ENCARGADA DE CAPACITACION

Frutillar, Octubre 2021