

**Departamento Gestión de Personas**

**Comisiones de Servicio al Extranjero**

**Fecha\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

# INFORME DE CUMPLIMIENTO

**COMISION DE SERVICIO AL EXTRANJERO**

**Identificación del comisionado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | | Nombres |
| RUT: | | Cargo: | |
| Horas: | | Calidad Jurídica: **CONTRATA** | |
| División: | | Departamento: | |
| Servicio de Salud: ÑUBLE | | | |
| Organismo Autónomo: **HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN** | | | |
| **Antecedentes de la comisión:** | | | |
| País: ARGENTINA | | Ciudad: ROSARIO, SANTA FE | |
| Desde \_\_\_/\_\_\_/\_ \_\_ | | Hasta \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
| **Actividades realizadas:** | | | |
| **Comentar experiencia adquirida y su vínculo con objetivos institucionales:** | | | |
| **Indicar metodología de réplica de la experiencia al resto de su equipo de trabajo** | | | |
| **Conclusiones:** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Funcionario | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Jefatura | |