



Hospital de Santa Cruz
Sub. Gestión y Des. de las Personas
Oficina de Personal

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 19

FECHA: ___/___/___

ANOTACION DE MERTIO/ DEMERITO

A : DEPARTAMENTO GESTION DE LAS PERSONAS		
DE :		
NOMBRE FUNCIONARIO A QUIEN SE SOLICITA REALIZAR ANOTACIÓN:		RUT:
TIPO DE ANOTACION (MARQUE CON UNA X) <input type="checkbox"/> MERITO <input type="checkbox"/> DEMERITO		
MOTIVO DE LA ANOTACIÓN		
FECHA NOTIFICACIÓN FUNCIONARIO (A):		
FIRMA FUNCIONARIO(A)	FIRMA JEFE DIRECTO	FIRMA JEFE OFICINA DE PERSONAL