Acreditación reemplazo de funciones

Se solicita completar la realización del reemplazo con antecedentes claros, objetivos y medibles.

Cada solicitud será evaluada, revisada y analizada con la jefatura respectiva.

Ante divergencias se solicitará más antecedentes.

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del reemplazante** | |
| Nombre |  |
| Cargo actual |  |
| Departamento/Unidad |  |
| Detallar funciones frecuentes | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| 5.- | |
| 6.- | |
| 7.- | |
| 8.- | |
| Detallar funciones ocasionales | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| Horario |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información funcionario con licencia médica** | |
| Nombre |  |
| Cargo actual |  |
| Departamento/Unidad |  |
| Detallar funciones frecuentes | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| 5.- | |
| 6.- | |
| 7.- | |
| 8.- | |
|  | |
| Detallar funciones ocasionales | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| Horario |  |
| N° días de licencia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividades vinculadas el reemplazo** | |
| Detallar funciones frecuentes que usted realizará | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| 5.- | |
| 6.- | |
| 7.- | |
| 8.- | |
| Detallar funciones ocasionales que usted realizará | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| Horario efectivo del reemplazo |  |
| N° días de reemplazo |  |

------------------------------------- -------------------------------------

Firma reemplazante Firma Director

Departamento/Unidad