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