

FORMULARIO CONSENTIMIENTO TRANSFORMACION CARGO

CONFORMIDAD DEL FUNCIONARIO/A

El/La Sr/a. M^{ra} Fabiana Galarraga Bustillo, C.I.
4.131696-5, deja constancia de su consentimiento para la transformación del cargo de
Acompañante de Hospital, Serie Especialista VII, Escalafón D, Grado
1 al cargo de **ADMINISTRATIVO IV, Serie ADMINISTRATIVO, Escalafón C, Grado 1** y que en
caso de existir diferencias salariales las mismas serán percibidas como compensación personal que
será absorbida en futuros ascensos.



FIRMA FUNCIONARIO/A

Fabiana Galarraga

ACLARACION DE FIRMA