FORMULARIO DE POSTULACIÓN CURSOS CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL

Completar y entregar a Capacitación a más tardar el miércoles 25 de abril de 2018 a las 12:00 horas.

Nombre del curso al cual postula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad en Convenio Docente Asistencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de realización del curso al que postula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horario de realización del curso al que postula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del Alumno (a)

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

R.U.T:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

Fecha de Nacimiento:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Celular:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Correo electrónico:

Estamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situación Contractual

|  |
| --- |
| Titular:\_\_\_\_ Contrata:\_\_\_\_ |

Unidad/Servicio de Desempeño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Teléfono de la Unidad:

Cargo que desempeña

|  |
| --- |
|  |

Antigüedad en el cargo que desempeña Antigüedad como funcionario del SSMOCC Antigüedad en Servicio Público de Salud

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\*Descripción de funciones del cargo: (Pertinencia del Diplomado)

|  |
| --- |
|  |

¿Ha realizado cursos a través del Convenio Docente Asistencial u otro beneficio a través del Hospital San Juan de Dios - CDT, en los últimos 3 años?

|  |  |
| --- | --- |
| SI (\_\_\_\_) | NO (\_\_\_) |
| Especificar: | Pase a la siguiente |

(\*) Información de carácter OBLIGATORIA

Compromiso de Participación del Alumno (a)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a participar de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reconociendo lo especificado en el Artículo N°31 del Estatuto Administrativo¹ sobre los deberes de los funcionarios que participan en actividades de capacitación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA FUNCIONARIO

Toma de Conocimiento de Jefatura Directa

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jefe directo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro y tomo conocimiento que participará en el Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ permitiendo que cumpla con todas las actividades definidas para este Curso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA JEFATURA

IMPORTANTE:

1.- En el caso de ser aceptado en un curso y no asistir, sin que medie una causa fundada e informada a través del formulario de justificación, al Dpto. de Capacitación y Desarrollo del Talento, se registrará como “DESERTOR” en la hoja de vida laboral del funcionario.

2.- Para lograr el Cumplimiento de la Meta Sanitaria (Ley 19.937), que se paga en el bono trimestral (si corresponde) es importante que cada Funcionario participe en 1 actividad del programa Anual de Capacitación del Hospital San Juan de Dios – CDT en los Lineamientos Estratégicos Ministeriales asociados al logro de la meta.

¹Art. Nº31: Los funcionarios seleccionados para seguir cursos de capacitación tendrán la obligación de asistir a éstos, desde el momento que hayan sido seleccionados, y los resultados deberán ser considerados en sus calificaciones. Lo anterior implicará la obligación del funcionario de continuar desempeñándose en la institución respectiva o en otra de la Administración del Estado a lo menos el doble del tiempo de extensión del curso de capacitación. El funcionario que no diere cumplimiento a lo expuesto en el inciso precedente, deberá reembolsar a la institución a la institución que corresponda todo gasto en que ésta hubiese incurrido con motivo de la capacitación. Mientras no efectuare este reembolso, la persona quedará inhabilitada para volver a ingresar a la Administración del Estado, debiendo la autoridad que corresponda informar de este hecho a la Contraloría General de la República (Estatuto Administrativo).