FORMULARIO DE POSTULACIÓN DIPLOMADOS CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL

Completar y entregar a Capacitación a más tardar el día viernes 29 de junio de 2018 a las 12:00 hrs.

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

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

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

Horario de realización del Diplomado 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 Diplomados 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

En caso de ser seleccionado a participar del Diplomado, mi compromiso de réplica hacia mi Unidad/Servicio en cuanto a los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos consistirá en: (Debe ser acordado con su jefatura).

|  |
| --- |
|  |

Compromiso de Participación del Alumno (a)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tomo conocimiento de que, en caso de ser seleccionado/a a participar del Diplomado, me deberé comprometer a cumplir con lo especificado en los requisitos de participación[[1]](#footnote-1), que se encuentran en notas al pie de este documento, así como además, en formalizar estos a través de la Carta de Compromiso[[2]](#footnote-2), que firmaré antes de iniciar el programa de estudios.

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

FIRMA

Toma de Conocimiento de Jefatura Directa (puede adjuntar carta de recomendación)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jefe directo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro y tomo conocimiento de que el/la funcionario/a se encuentra postulando al Diplomado antes mencionado, por lo que en caso de ser seleccionada/o, se le brindarán las facilidades necesarias para que cumpla con todas las actividades definidas de esta actividad, durante y posteriormente, según los requisitos de postulación; así como me veré en la obligación de informar a la Unidad de Capacitación y a la Unidad de Convenio Docente Asistencial de esta institución, sobre la renuncia del funcionario, antes de cumplir el doble de tiempo de duración del programa de estudio, según el art. N°31 del estatuto administrativo informado al final de este documento, ya que de lo contrario, mi jefatura directa podrá sancionar dicha omisión, a través de medidas administrativas, tales como: una anotación de demerito o (-1) punto de calificación en el ítem “comportamiento funcionario”, respecto al cumplimiento de normas e instrucciones, según corresponda.

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

FIRMA

1. Requisitos de participación: en caso de ser seleccionado tengo claro que: 1) una vez finalizado el programa de estudios, me veré en la obligación de seguir desempeñándome en esta institución u otra de la administración del estado, a lo menos el doble de tiempo de extensión del diplomado, 2) dispongo de 6 meses para ejecutar la réplica comprometida al interior de mi unidad y/o servicio, debiendo notificar ésta a la unidad de capacitación de esta institución, a través de documentos comprobables, tales como: informes, reseñas, listas de asistencias y fotografías, etc. previamente firmados por mi jefatura. 3) deberé disponer de una presentación, respecto a algún tema requerido sobre los conocimientos y/o técnicas que adquirí durante mi participación en el diplomado, por si mi subdirector/a, jefatura y/o unidad de capacitación, requieren de mi participación en las jornadas de enfermería o bien de otras actividades de capacitación de esta institución, y 4) en caso de no cumplir con lo anterior, tomo conocimiento de que según el art. N°31 del Estatuto Administrativo, deberé reembolsar a la institución todo gasto en que ésta hubiere incurrido con motivo de la capacitación y que mientras no efectúe este reembolso, quedaré inhabilitado para volver a ingresar a la Administración del Estado, debiendo la autoridad que corresponda, informar este hecho a la Contraloría General de la República. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cuenta con la aprobación de Jefaturas de las distintas Unidades y Servicios y se hará entrega sólo a quienes hayan sido seleccionados a participar de dicho Diplomado. [↑](#footnote-ref-2)