



SUBDIRECCION DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS  
UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO DEL TALENTO

### **CURSO FONDOS CONCURSABLES ALIMENTACION CONSCIENTE**

**Para postular al presente Curso debes considerar:**

- La modalidad es Presencial
- Con un total de 20 horas presenciales.
- El Curso inicia el 06 de mayo de 2019.
- El Curso termina el 10 de mayo de 2019.
- Se cuenta con 20 Cupos.
- Si eres seleccionado, deberás presentarte con ropa cómoda y calcetines gruesos (se trabaja descalzo y en piso)

**Los requisitos para postular son los siguientes:**

- Funcionarios todas los estamentos del HSJD
- Se priorizara a los funcionarios calidad Titular y Contrata
- No haber realizado curso de similar temática durante el 2018
- Por antigüedad en el establecimiento
- Presentar solicitud de postulación correspondiente (el cual se encuentra al final del documento). Desde el 18 de marzo al 15 de abril de 2019, los documentos se recibirán hasta las 12:00 hrs., en la oficina de capacitación, (no se recepcionaran postulaciones fuera de plazo).

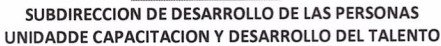
**Los Formatos de postulación, formularios y/o solicitud se encuentran al final del documento.**

UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO DEL TALENTO

capitacion.hsjd@redsalud.gov.cl

Teléfonos: Red Pública: 225756407/Red Minsal: 256407





**FORMULARIO DE POSTULACIÓN CAPACITACIONES FONDOS CONCURSABLES**  
**1º SEMESTRE 2019**

**Nombre del Curso al cual postula: TALLER PRACTICO DE ALIMENTACION CONSCIENTE**

**Fecha de realización del curso al que postula: 06 AL 10 DE MAYO DE 2019**

**Horario de realización del curso al que postula: de 14:00 a 17:00 hrs. (viernes hasta las 16:00)**

**Identificación del Alumno (a)**

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

R.U.T:

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

**Estamento:**

Profesional: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_ Auxiliar: \_\_\_\_\_ Administrativo: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_

Unidad de Desempeño \_\_\_\_\_

## Situación Contractual

Titular: \_\_\_\_\_ Contrata: \_\_\_\_\_ Honorario: \_\_\_\_\_ Reemplazo (indicar cuanto tiempo): \_\_\_\_\_

**Teléfono de la Unidad:**

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

*Celular:									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Correo electrónico:

**(\*) 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 Administrativo<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup>Art. N°31: 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).

**UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO DEL TALENTO**  
**capacitacion.hsjd@redsalud.gov.cl**  
**Teléfonos: Red Pública: 225756407/Red Minsal: 256407**  
**Chacabuco #430, Quinta Normal, Santiago**

