



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

DIPLOMADO TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN Y DE LA ALIMENTACIÓN ORAL

Para postular al presente Diplomado debes considerar:

- La modalidad es Blended- Learning.
- Con un total de 570 horas
- 508 horas no presenciales
- 62 horas presenciales
- El Diplomado inicia el 12 de agosto de 2019.
- El Diplomado termina el 30 de mayo de 2020.
- Se cuenta con 02 Cupos.
- La beca corresponde a un 100%.

Los requisitos para postular son los siguientes:

- Profesionales Fonoaudiólogos.
- Contar con calidad Titular o Contrata (requisito excluyente).
- Presentar solicitud de postulación correspondiente (el cual se encuentra al final del documento). Desde el 22 de julio al 02 de agosto de 2019, los documentos se recibirán hasta las 12:00 hrs., en la oficina de capacitación, (no se recepcionaran postulaciones fuera de plazo).
- No haber sido beneficiado con becas anteriores, hasta 3 años a la fecha.
- Contar con una antigüedad laboral de 03 años corridos a la fecha.
- Que el Diplomado sea atingente a las labores que realiza al interior del HSJD.
- Copia del Título Profesional Universitario.
- Fotocopia del Carnet de Identidad por ambos lados.
- Curriculum Vitae Resumido.
- Formulario de Condición de Inscripción debidamente firmado.
- Formularios tienen que venir firmados por la Subdirección que corresponda.

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

Es importante destacar que el proceso de selección, consta de una evaluación realizada por un Comité Idóneo en el tema

La definición de los destinatarios es de exclusiva responsabilidad de la Universidad de Chile que imparte este Programa.

UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO DEL TALENTO

capitacion.hsjd@redsalud.gov.cl

Teléfonos: Red Pública: 225756407/Red Minsal: 256407



Hospital San Juan de Dios - CDT
Asistencial Docente
"El Primeros de Chile"



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

Completar y entregar a Capacitación
a más tardar el **viernes 02 de agosto de
2019 a las 12:00 horas**

FORMULARIO DE POSTULACIÓN DIPLOMADO TRANSTORNOS DE LA DEGLUCIÓN Y DE LA ALIMENTACIÓN ORAL

Nombre del Diplomado al cual postula: DIPLOMADO TRANSTORNOS DE LA DEGLUCIÓN Y DE LA ALIMENTACIÓN ORAL
Universidad en Convenio Docente Asistencial: Universidad de Chile (Medichi)
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*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 (<input type="checkbox"/>)	NO (<input type="checkbox"/>)
Especificar:	Pase a la siguiente

(*) Información de carácter OBLIGATORIA

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





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

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 participación¹, que se encuentran en notas al pie de este documento, así como además, en formalizar estos a través de la Carta de Compromiso², que firmaré antes de iniciar el programa de estudios.

FIRMA

Toma de Conocimiento de Jefatura Directa

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 JEFE DIRECTO

FIRMA SUBDIRECTOR CORRESPONDIENTE

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, quedará 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.

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.





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Año 2019

- 1.- Este documento es válido para todos los programas dictados a través de Médichi (modalidades e-learning, blended-learning y presenciales) y cuyo inicio ocurra entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019.
- 2.- Para que el interesado adquiera la condición de inscrito, deberá cumplir con: a) Hacer entrega de su curriculum vitae, fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad vigente, copia del título profesional universitario, b) pagar o documentar el precio total de estos, c) otros requisitos señalados en los descriptores del programa en cuestión, d) Validar dicha condición con asistente comercial.
- 3.- Para los cursos y diplomas la condición de aprobación corresponde a la obtención de una nota final igual o superior a lo establecido en cada programa, además del cumplimiento de los requisitos académicos señalados en los descriptores del curso y/o diploma en cuestión.

- 4.- Retiros: En el caso que un profesional inscrito desee retirarse del programa, procederá: a) Devolución del 100% del valor facturado o documentado, si la formalización por escrito del retiro se realiza antes del inicio del programa; b) Devolución del 80% del valor facturado o documentado, si la formalización por escrito del retiro se realiza durante el primer mes de clases (desde la fecha de inicio del programa); c) NO se harán devoluciones del valor facturado o documentado, si la formalización por escrito del retiro se hace en una fecha posterior al primer mes de clases. El plazo establecido para la devolución de los valores pagados o documentados, puede extenderse hasta en 60 días contados desde la fecha de recepción de la renuncia, mismo plazo para aquellos casos de programas que no se lleven a cabo por no completarse las vacantes mínimas establecidas en los descriptores de los mismos.

En caso de retiro de profesionales inscritos que cumplan con lo establecido anteriormente, la devolución procederá sólo en lo que la persona haya efectivamente pagado y no procederá respecto de los aportes financieros que haya recibido de alguna institución o Rebaja Arancelaria otorgada directamente por ejemplo por la Unidad Académica que respalda el curso o diploma o por MÉDICHÍ.

- 5.- No existen postergaciones, sólo las situaciones de fuerza mayor serán evaluadas, siempre y cuando éstas sean solicitadas de acuerdo a las condiciones establecidas en el punto 6 del presente documento y es prerrogativa del Director del curso o diploma y de Médichi aceptarlas o no según sea el mérito. El resultado de esta solicitud será comunicada al interesado en un plazo de hasta 20 días por escrito.
- 6.- Para hacer efectivas cualquiera de las instancias antes señaladas, el profesional inscrito deberá hacer llegar una carta firmada y escaneada (único medio válido para tramitar la solicitud), al Director de Médichi para su análisis.

Será de responsabilidad del profesional inscrito la confirmación de la recepción conforme mediante correo electrónico.

- 7.- Para la recepción de cualquier solicitud, se considera como válida la fecha de recepción del documento por parte de Médichi.
- 8.- Para todos los efectos, se considera como fecha de inicio del programa la publicada en la página Web de Médichi.

Por lo tanto los profesionales inscritos que se incorporen posterior a la fecha señalada, lo hacen conociendo los plazos y condiciones indicadas en este documento. Así mismo la realización de cualquier programa está sujeta a la cantidad mínima de participantes explícita en el sitio web www.medichi.uchile.cl, y podría sufrir cambios tanto en la programación como en el cuerpo docente.

Para los profesionales inscritos por medio de programas adquiridos a través de convenio marco, licitaciones o trato directo (si procede), la relación contractual de la Facultad de Medicina en lo administrativo-financiero es con el Servicio de Salud, representado por quien esta entidad determine. En consecuencia, toda situación que afecte la participación del profesional seleccionado por el servicio de salud debe tratarse entre este y el servicio de salud, siendo esta última entidad la que debe contactarse con la Dirección Comercial de Médichi comunicando la situación y no el inscrito directamente. Sólo para aspectos académicos y metodológicos, el profesional inscrito dispondrá de canales directos de comunicación, ya sea con los académicos o el personal de apoyo de Médichi.

- 9.- En los casos en que el profesional inscrito indique que la facturación se realizará a una Sociedad Profesional, deberá informar al asistente comercial, durante el proceso de preinscripción, y enviar fotocopia simple por ambos lados del RUT de la sociedad y completar la Ficha de Facturación. Una vez realizada la facturación no se modificará.
- 10.- El envío de los Certificados es de responsabilidad de Médichi, los que son enviados al domicilio declarado y confirmado oportunamente por los participantes o por el contratante si corresponde. El plazo máximo de envío de certificados será de 2 meses a contar de la fecha oficial de término del programa.
- 11.- Declaro conocer y aceptar las condiciones generales de inscripción aquí señaladas al igual que las condiciones académicas estipuladas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en cuanto a la aprobación de cursos y diplomas.

Nombre del Programa inscrito _____

Nombre del Profesional _____

Firma del Profesional _____ Fecha de la firma ____/____/____

