**Formulario Currículum Postulación**

**DIPLOMADO DE GESTION EN SALUD AÑO 2025**

1. **IDENTIFICACION DEL/LA POSTULANTE**
   1. **RUT**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **FECHA DE NACIMIENTO**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **SEXO REGISTRAL**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **TELEFONO O ANEXO**

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

* 1. **TELÉFONO MÓVIL**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **CORREO ELECTRÓNICO LABORAL**

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

* 1. **CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL**

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

1. **ANTECEDENTES LABORALES DEL/LA POSTULANTE.**
   1. **SITUACIÓN CONTRACTUAL: (Marcar con una “X” según corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titular** |  |
| **Contrata** |  |
| **Honorario** |  |

* 1. **DEPARTAMENTO O UNIDAD DONDE SE DESEMPEÑA**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **ANTIGÜEDAD LABORAL -No menor a 1 año continuo-: (Indicar el total de años, meses y días que se ha desempeñado al 20 de MAYO 2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº Años** | **Nº Meses** | **Nº Días** |
|  |  |  |

* 1. **TIPO DE FUNCIÓN QUE REALIZA RELACIONADA CON LA TEMATICA DEL DIPLOMADO. (Describa brevemente)**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **CANTIDAD DE HORAS PEDAGÓGICAS DE CAPACITACIÓN REALIZADA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS. (01.01.2022 al 31.12.2024)**

|  |
| --- |
|  |

**Nota: EL Depto. De Capacitación y Educación Continua corroborará esta información en SIRH**

* 1. **PARTICIPACIÓN EN DIPLOMADOS, PASANTIAS U OTROS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (01.01.2022 al 31.12.2024)**

|  |  |
| --- | --- |
| **SI, año \_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **NO** |  |

**Nota: EL Depto. De Capacitación y Educación Continua corroborará esta información en SIRH**

1. **COMPROMISO DE REPLICA: DESCRIBA BREVEMENTE REPLICA A IMPLEMENTAR EN SU ESTABLECIMIENTO, LA CUAL SE DEBE REALIZAR EN LOS PRÓXIMOS 3 MESES UNA VEZ FINALIZADO EL DIPLOMADO**

|  |
| --- |
| **Tema o Nombre de la Réplica** |
|  |
| **Lugar y Fecha (inicio y término) que se realizará la réplica** |
|  |
| **Metodología: Curso, taller, charla, clase expositiva, reunión técnica, etc. Debe precisar con detalle como operacionalizará la actividad elegida. Debe precisar qué actividad, a quién está dirigida y tiempo de realización.** |
|  |
| **Impacto en la Organización** |
|  |

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN ESTA FICHA ES FIDEDIGNA Y ESTOY EN CONDICIONES DE APORTAR LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO EN EL MOMENTO EN QUE ME SEAN REQUERIDOS POR LA COMISIÓN LOCAL DE EVALUACIÓN.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL/LA POSTULANTE FIRMA Y TIMBRE JEFATURA DIRECTA**

**O QUIEN LE SUBROGUE**

**NOMBRE DEL/LA FUNCIONARIO/A: .………………………………………………................................................**

**R.U.T:. .…………………………….……..…………………………………………………………………………….**

**CARGO ACTUAL:…………………………………………………………………………………………………….**

**ESTABLECIMIENTO: ……………………………………………………………………………………………….**

**SANTIAGO,**

**C E R T I F I C A D O D E A N T E C E D E N T E S**

El/La Jefe/a de Gestión de las Personas de este Establecimiento, certifica los siguientes antecedentes del funcionario/a para efectos de postular a **Diplomado de Gestión en Salud**

|  |
| --- |
|  |

**Calidad Jurídica (Contrata/Titular/Honorario)**

|  |
| --- |
|  |

**Puntaje Última Calificación (2024)**

La antigüedad, corresponde al **20/05/2025** y está expresada en AA/MM/DD:

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTIGÜEDAD LABORAL** | **AA/MM/DD** |
| **Antigüedad laboral en establecimientos del servicio de salud metropolitano occidente** | / / |
| **Antigüedad en establecimiento donde se desempeña actualmente** | / / |
| **Antigüedad en el cargo donde se desempeña actualmente** | / / |

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

**JEFE/A UNIDAD DE GESTIÓN DE PERSONAS**

**O QUIEN SUBROGUE**

**ESTABLECIMIENTO xxxxxx**

**pie**

**C A R T A D E P A T R O C I N I O J E F A T U R A**

**EN SANTIAGO a, \_\_\_\_ de xxxxx de 202X**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Jefatura directa(\_\_\_) / subrogante(\_\_\_) del Departamento o Unidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de CESFAM Andes (\_\_\_\_) / CRS-SAG (\_\_\_\_\_) / DIRECCIÓN SERVICIO (\_\_\_\_) /, tomo conocimiento de que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_, se encuentra postulando al **Diplomado de Gestión en Salud, disponible en el Convenio Relación Asistencial Docente para el año 2025.** Por lo anterior, y entendiendo que las clases pudieran ser desarrolladas durante la jornada laboral, es que, en caso de que el/la funcionario(a) mencionado(a) anteriormente, sea seleccionado(a) a participar, declaro y me comprometo a proteger su horario laboral durante las horas de participación, permitiendo de esta manera que cumpla con todas las actividades definidas del programa, reconociendo lo especificado en el Artículo N°31**[[1]](#footnote-1)** del Estatuto Administrativo sobre los deberes de los funcionarios que participan en actividades de capacitación y asegurando el normal funcionamiento del servicio durante todo el período que dure el Diplomado. Para lo anterior, declaro que no se requerirá de un reemplazante en el cargo durante todo el periodo de duración de la actividad.

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

**FIRMA Y TIMBRE JEFATURA DIRECTA**

**O QUIEN SUBROGE**

1. Art. 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 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). [↑](#footnote-ref-1)