



Servicio de Salud Magallanes
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas
Depto. de Capacitación, Formación y RAD
Unidad de Innovación Desarrollo y RAD

CARTA COMPROMISO

IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO:

1. Don(a) _____
2. Rut.: _____ Grado : _____ Cargo: _____
3. Funcionario del Servicio y/o Unidad _____
4. del _____

(Establecimiento)

Por la presente, declara que en caso de ser seleccionado/a realizar Diplomado en el tema de:

En _____

(Identificación de la institución académica)

A partir del _____ al _____

y se compromete a permanecer en su lugar de desempeño por el doble del período en que ha sido capacitado en esta actividad con posterioridad al término de dicho Diplomado sin que le sea permitido un cambio en sus funciones o renunciar al Servicio, así mismo durante este periodo realizara supervisión de alumnos internos. Del mismo modo debe quedar establecido que la presente actividad no dará origen a ningún aumento de las remuneraciones (entiéndase aumento de grado) ni en el caso del ámbito clínico cambio de rol de turno a menos que sea iniciativa del establecimiento de origen.



Servicio de Salud Magallanes
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas
Depto. de Capacitación, Formación y RAD
Unidad de Innovación Desarrollo y RAD

NORMATIVA ASOCIADA A DIPLOMADO

EL ESTUDIANTE DURANTE EL DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN DEBERÁ CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- Aprobar en tiempo y forma el Diplomado; sin perjuicio de poder quedar liberado de esta obligación en caso de fuerza mayor o caso fortuito o cualquier otra circunstancia que deberá ser analizada por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes
- **En cumplimiento de lo anterior, el estudiante deberá:**
 - 1) Mantener un desempeño académico de excelencia acorde a las exigencias impuestas por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas de la DSSM.
 - 2) Realizar las tareas que le sean asignadas por la institución académica. En caso de dificultades o restricciones que le impidan cumplir con sus responsabilidades de aprendizaje, deberá comunicarlo en forma inmediata a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas de la DSSM, para que se tomen las medidas necesarias para corregir este inconveniente.
 - 3) Al finalizar el periodo de Estudio deberá remitir al Depto. de Capacitación, Formación y RAD, correo capacitacionyformacion.ssm@redsalud.gov.cl Certificado de aprobación del diplomado.
 - 4) En caso de inasistencia, deberá comunicar oportunamente a la institución académica responsable de dicho Programa los motivos que la justifiquen.
 - 5) En caso de enfermedad u otra causa de fuerza mayor, el máximo de inasistencias permitidas podrá ser hasta 15% del total de jornadas previstas por la institución académica.



Servicio de Salud Magallanes
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas
Depto. de Capacitación, Formación y RAD
Unidad de Innovación Desarrollo y RAD

EL ESTUDIANTE AL TÉRMINO DE ESTA ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN DEBERÁ CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- 1) Aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas al retomar a su lugar de trabajo o donde la autoridad correspondiente determine.
- 2) Replicar a sus pares y/otros si corresponde y/o es solicitado por la respectiva autoridad.
- 3) Permitir el seguimiento en terreno si la Dirección o el establecimiento de origen lo estiman conveniente, para la evaluación posterior del Programa efectuado.
- 4) Asumir las funciones que se le designen respetando al cumplimiento de los objetivos planteados para esta pasantía.

El incumplimiento de esta normativa, que el alumno asume por este Documento facultará al Servicio de Salud Magallanes a reclamar la restitución de todos los gastos que ha implicado dicho perfeccionamiento y del tiempo no trabajado, el no cumplimiento por razones no fundadas permitirá a este Servicio instruir un sumario administrativo al funcionario favorecido con la presente beca

- **Firmo esta carta compromiso, en Punta Arenas, a de de 2021, en señal de completa, definitiva e irrevocable aceptación de su texto.**

Nombre completo del seleccionado

Firma y Rut del funcionario seleccionado

Nombre y firma Jefatura Directa