**FORMULARIO DE PROYECTO DE CAPACITACIÓN 2024**

Se evaluará y considerará solamente los proyectos enviados en este formulario y remitidos en el sitio web [**www.personashospitalsoterodelrio.cl/proyecto-de-capacitacion/**](http://www.personashospitalsoterodelrio.cl/proyecto-de-capacitacion/) . Es requisito excluyente completar todos los datos solicitados.

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIO** |  |
| **UNIDAD** |  |

**I.- Nombre del Proyecto**

|  |
| --- |
|  |

**II.- Fundamentos del Proyecto**

**a. Origen de la Capacitación** (Describa brevemente los motivos que generaron la necesidad de esta capacitación)

|  |
| --- |
|  |

**b. Beneficios o resultados del Proyecto** (Refiérase a los beneficios que generará la realización de esta capacitación, respondiendo al propósito de la actividad, el “para que”).

|  |
| --- |
|  |

**c. Objetivo General** (Mencione los conocimientos, habilidades y/o comportamientos que se espera lograr al final de la capacitación, **expresando el propósito central del Proyecto**)

|  |
| --- |
|  |

**d. Objetivos Pedagógicos Específicos** (enumere los objetivos específicos a lograr en la capacitación siendo estas de conocimiento, habilidades y/o comportamientos esperados)

|  |
| --- |
|  |

**e. Contenidos** (son los hechos, conceptos, reglas y principios que el participante debe manejar para alcanzar los objetivos propuestos. **Enumere los contenidos o temas del curso que se deben cubrir, de acuerdo a los objetivos de la actividad).**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |

**f.** **Desempeños Esperados** (Enumere los desempeños observables en el puesto de trabajo. Que acciones debiesen demostrar los participantes después de la capacitación)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

**III. Características de la Actividad**

**a. Modalidad:** Interno **\_\_\_\_\_\_\_\_** Externo ( licitación)  **\_\_\_\_\_\_\_\_**

**b. Fecha Tentativa** (mes probable de ejecución del curso): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**c. Número Total de Horas Pedagógicas: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**d. Valor Estimado para la Actividad (solo cursos externos ) $**

**IV. Destinatarios**

**Nº Total de Participantes**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N° de participantes según Ley**: 18.834 \_\_\_\_\_ 19.664 \_\_\_\_\_\_

**Distribución de participantes por estamento:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de ADMINISTRATIVOS** | **N° de AUXILIARES** | **N° de PROFESIONALES** | **N° de TÉCNICOS** | **N° de**  **MÉDICOS** |
|  |  |  |  |  |

**V. Coordinadores Responsables de la Actividad (Requisito Obligatorio contar con dos personas responsables**)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **N° DE CONTACTO** |  |
| **EMAIL** |  |
|  |  |
| **NOMBRE** |  |
| **N° DE CONTACTO** |  |
| **EMAIL** |  |

**VI. Toma de conocimiento de Jefatura (Requisito Obligatorio contar con la firma de Jefatura directa que toma conocimiento de la presentación del presente Proyecto de Capacitación**)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **N° DE CONTACTO** |  |
| **EMAIL** |  |
| **FIRMA JEFATURA Y TIMBRE DE LA UNIDAD** |  |

**VII. Finalmente, si el curso que propone es de modalidad externa, se solicita sugerir al menos dos empresas que puedan llevarlo a acabo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE EMPRESA** |  |
| **N° DE CONTACTO** |  |
| **EMAIL** |  |
|  |  |
| **NOMBRE EMPRESA** |  |
| **N° DE CONTACTO** |  |
| **EMAIL** |  |