

Hospital Regional “Dr. Leonardo Guzmán”

Subdirección Desarrollo de Personas

Depto. de Capacitación

[](http://web.minsal.cl/)

**FORMULARIO REQUERIMIENTO DE CAPACITACION NO PAC AÑO 2025**

**UNIDAD QUE SOLICITA LA CAPACITACION:**

|  |
| --- |
|  |

**RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE CAPACITACION:**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:**

|  |
| --- |
|  |

**TIPO DE ACTIVIDAD:** (Indique el tipo de actividad a realizar, ya sea Taller, Curso, Charla u otro)

|  |
| --- |
|  |

**TIPO DE DOCENTE:** (Indique el tipo de relator que dictará la actividad: Interno, Externo ó Ambos)

|  |
| --- |
|  |

**ORIGEN DE LA CAPACITACION:** (Indique brevemente el origen de la actividad, que es lo que genera la necesidad de realizar esta actividad: Actualizar conocimientos, Falta de competencias, Indicadores, etc.)

|  |
| --- |
|  |

**RESULTADOS ESPERADOS:** (Describa los beneficios directos e indirectos que generaría la realización de la capacitación solicitada, se asocia con el propósito de la actividad, el “para que”

|  |
| --- |
|  |

**OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:** (Especifique el objetivo educativo general a lograr en la capacitación, que considere conocimientos, habilidades y/o comportamientos esperados)

|  |
| --- |
|  |

**CONTENIDOS DE LA ACTIVIDAD:** (Enumere los contenidos o temas del curso que se abordaran, de acuerdo a los objetivos de la actividad)

|  |
| --- |
|  |

**METODOLOGIA A OCUPAR EN LA ACTIVIDAD:** (Especifique el tipo de actividad a utilizar de acuerdo a resultados esperados y contenidos: Presencial, Semi presencial, E-learning u otro)

|  |
| --- |
|  |

**OBJETIVOS DE DESEMPEÑO ESPERADO:** (Registre lo que la persona debe demostrar en el puesto de trabajo, después de aprobar la capacitación)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVALUACION** | **MARCAR CON UNA X** |
| **TEORICA** |  |
| **PRACTICA** |  |
| **TEORICA – PRACTICA, en este caso señalar porcentaje de cada uno de ellos.** |  |
| **SATISFACCION** |  |

**PERSONAL QUE PARTICIPA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTAMENTO** | **NUMERO** | **AREA DE TRABAJO** |
| DIRECTIVOS |  |  |
| PROFESIONALES |  |  |
| TECNICOS |  |  |
| ADMINISTRATIVOS |  |  |
| AUXILIARES |  |  |

**NUMERO DE HORAS PEDAGIGICAS DE LA ACTIVIDAD (MINIMO 20 HORAS PEDAGOGICAS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **HORAS PEDAGOGICAS:** |  |

**FECHAS DE INICIO Y TERMINO DE LA ACTIVIDAD:**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE INICIO:** |  |
| **FECHA DE TERMINO:** |  |

**HORARIO DE LA ACTIVIDAD (INDICA HORA DESDE – HASTA):**

|  |  |
| --- | --- |
| **JORNADA MAÑANA:** |  |
| **JORNADA TARDE:** |  |

**REQUERIMIENTOS SOLICITADOS A LA UNIDAD DE CAPACITACION** (Marcar con una X)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUERIMIENTO** | **MARCAR CON UNA X** | **SEÑALAR FECHA Y HORARIO REQUERIDO** |
| 1.- CAFETERIA |  |  |
| 2.- CERTIFICACION |  |  |
| 3.- AUDITORIUM |  |  |
| 4.- DATA |  |  |
| 5.- NOTEBOOK |  |  |
| 6.- INSUMOS ESCRITORIO |  |  |

**PUNTOS OBLIGATORIOS PARA EL PROCESO DE CERTIFICACION:**

Una vez finalizada la actividad, el coordinador responsable de la actividad debe entregar lista consolidada de asistentes que contenga al menos: RUT y nombre con ambos apellidos, asistencia total (expresada en porcentaje), nota final (en escala de 1 a 7), en planilla digital o bien impresa y el libro de clases. En caso de no cumplir con todos los puntos, la actividad no será certificada.

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

FIRMA

Antofagasta, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2023.

[](http://web.minsal.cl/)Fecha de Recepción Capacitación HRA: