**Carta compromiso**

**solicitud de actividad de capacitación**

El financiamiento de Capacitación por la Universidad de Santiago de Chile, implica las siguientes condiciones:

1. El formulario de Solicitud de actividad de Capacitación es de uso exclusivo de la Departamento de Innovación Educativa (INNED).
2. Para cursos, talleres, seminarios, diplomados, charlas desarrollados por INNED, este documento debe ser enviado al completar el formulario en google drive de postulación, el cual se publicará en forma oportuna para el inicio de la actividad ofertada.
3. Se analizarán los antecedentes de cada postulante para comprobar que cumpla con los requisitos solicitados para cada actividad. En el caso de ser aprobada su solicitud, será notificado(a) a través del correo electrónico institucional informado en su postulación.
4. Las licencias médicas serán el único documento válido para justificar inasistencias a las sesiones de capacitación. Estas deben ser enviadas a la Analista de Capacitación del Departamento, [sandra.salas.h@usach.cl](mailto:sandra.salas.h@usach.cl) con un máximo de 24 hrs posterior a este hecho.
5. El/la funcionario/a debe cumplir con el 75% de asistencia al curso para que sea entregado el certificado de participación. Para talleres de 8 horas se exigirá 100% de asistencia.
6. Todo incumplimiento a las condiciones antes mencionadas, faculta al Departamento de Innovación Educativa a evaluar futuras postulaciones a las actividades de capacitación y/o no inscribir durante los siguientes 2 años en instancias que se oferten.
7. Todo retiro debe ser informado a la Analista de Capacitación de INNED Sandra Salas Herrera ([sandra.salas.h@usach.cl](mailto:sandra.salas.h@usach.cl)) con copia a jefatura directa que autorizó la postulación, indicando los motivos.

**ANTECEDENTES POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres |  |
| Apellidos |  |

**ANTECEDENTES ACTIVIDAD DE FORMACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre curso |  |
| Cantidad de horas |  |
| Fecha y horario de clases |  |
| Modalidad |  |

La jefatura directa de la o del postulante, toma conocimiento de la actividad de capacitación en la cual participará y las horas cronológicas, dando autorización para realizar el curso antes señalado.

ANTECEDENTES JEFATURA DIRECTA

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres |  |
| Apellidos |  |
| Facultad/Departamento |  |
| Cargo |  |
| Correo institucional |  |

Santiago, ….. de …………………………….. de 2025

|  |  |
| --- | --- |
| Firma Postulante | Firma y timbre Jefatura Directa |