



SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO PROCESOS CLÍNICOS TRANSVERSALES

OFICIO N°

ANT.: Retribuciones Convenio Asistencial Docente con Universidad de Aconcagua.

MAT.: Difunde postulación a Becas de Curso en Hemodiálisis, dictado por Universidad de Aconcagua.

ANTOFAGASTA,

DE : DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA.

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN.

Junto con saludar, y en el marco de retribuciones del Convenio Asistencial Docente vigente con **Universidad de Aconcagua**, me es grato informar que nos han sido otorgadas becas para la siguiente capacitación:

- 30 becas para el **"Curso en Hemodiálisis"**. Cada beca consiste en el financiamiento del 100% del Arancel del programa, según el siguiente detalle:

	Montos a pagar por el becado
Arancel de inscripción	\$0.-
Total Arancel de Matrícula (100% financiado por beca).	\$0.-

Estas becas están dirigidas a funcionarios de nuestra red que dentro de sus cargos se desempeñen como responsable o apoyen en la atención de pacientes con insuficiencia renal dentro de sus áreas o servicios de su establecimiento.

El programa de este Curso tiene una duración de 40 horas en modalidad e-Learning (100% online) y sincrónica. La fecha de inicio de este programa es el martes 13 de mayo de 2025. Se adjunta programa que incluye cronograma con detalle de módulos y horario de clases virtuales.

Los requisitos de postulación son los siguientes:

1. Ser funcionario de las leyes N° 18.834, Ley N° 19.664 o ley 15.076 con calidad contractual de planta o contrata.
2. Antigüedad laboral superior a 1 años en la red de SSA (certificado relación laboral).
3. Encontrarse calificado en lista 1, en el periodo inmediatamente anterior.
4. Copia de Certificado de Título profesional o del grado académico, legalizado ante notario o Certificado de inscripción en Superintendencia de Salud.
5. Desempeñarse como responsable o apoyo en la atención de pacientes con insuficiencia renal en su área o servicio dentro del establecimiento. Adjuntar documento que certifique cargo asociado.
6. Carta de presentación que fundamente su postulación y pertinencia del perfeccionamiento/formación. **Es obligatorio incluir en esta carta el correo electrónico con que desea participar en las clases y celular para contacto desde la institución formadora.**
7. Certificado de la jefatura directa que vise postulación y avale la importancia de la capacitación para el postulante.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/JMWZB2-969>

...//

El periodo de recepción de postulación dará inicio este **08 de abril de 2025 y finaliza el 21 de abril de 2025.**

Los documentos expuestos en los requisitos de postulación deben ser presentados por cada interesado/a en un sobre y/o carpeta en la unidad de capacitación de cada establecimiento. Dicha unidad será la encargada de verificar que la documentación esté completa y la remitirá a esta Dirección con atención a Encargada de la Relación Asistencial Docente de DSSA, Sra. Azucena Azócar C., **hasta el 23 de abril en físico por oficina de partes.** No se recibirán postulaciones posteriores a la fecha estipulada.

Desde esta Dirección del Servicio de Salud se evaluará cada postulación y su pertinencia para sancionar en Comité de Becas respectivo, para luego comunicar los funcionarios(as) beneficiados a la brevedad, para que realicen sus trámites de inscripción al programa. En el caso de empates entre los postulantes, el Comité de Becas acordado utilizar como criterios de desempate el puntaje obtenido en los ítems de: Pertinencia Postulación, Capacitaciones previas y Calificación obtenida en evaluación de desempeño de último año; en ese orden de prioridad. Se recuerda que esta postulación es de carácter voluntario conociendo los requisitos de participación en cuanto a fechas y horarios de clases, y que presente beca no incluye financiamiento de horas extras o compensatorias por dicha participación.

Por todo lo anteriormente expuesto agradeceré a usted dar amplia difusión entre los funcionarios/as de su dependencia.

Saluda atentamente a usted.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/JMWZB2-969>