|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMINA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL, PERIODO ( 01/01/2014 -31/12/2016 )** | | | | | | | | | **Uso exclusivo Comité** | | | | |
| Nombre Actividad / Curso | Nombre Centro Formador | Fechas | | Nº de Horas | | Evaluación | | Revisión por Jefe Cap. Estable. (x) | Contenida en PAC (\*) | | Pertinente | | Puntaje |
| Inicio | Termino | Pedagógicas | Cronológicas | No | Si | Si | No | Si | No |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO Nº 2**

* Considerar todas las actividades de capacitación realizadas por la institución (Contenidas en el Programa Anual de Capacitación, últimos tres años)
* Si requiere más espacio para registrar, se solicita reproducir este formulario en tantas copias sea necesario.

(\*) Programa Anual de Capacitación Local o Regional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMINA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN DESARROLLADAS EN FORMA PARTICULAR PERIODO ( 01/01/2014 - 31/12/2016 )** | | | | | | | | | **Uso exclusivo Comité** | | | | |
| Nombre Actividad / Curso | Nombre Centro Formador | Fechas | | Nº de Horas | | Evaluación | | Revisión por Jefe Cap. Estable. (x) | Reconocida por SS Maule (\*\*) | | Pertinente | | Puntaje |
| Inicio | Termino | Pedagógicas | Cronológicas | No | Si | Si | No | Si | No |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*\*) Informe emitido por Capacitación, Dirección Servicio de Salud Maule.

**Nº Total de documentos entregados (Considerando Anexo 2 y 2-A):**

**Firma y Timbre**

**Unidad de Cap. Establecimiento**

**Firma y Timbre**

**Unidad de Cap. DSSM.**

**Firma Postulante**

**Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**