**I ANTECEDENTES PERSONALES DEL POSTULANTE O DE LA UNIDAD SOLICITANTE**[[1]](#footnote-0)

| Nombre Completo | : |  |
| --- | --- | --- |
| Rut | : |  |
| Fecha de nacimiento | : |  |
| Cargo | : |  |
| Correo electrónico | : |  |
| Celular | : |  |
| Cargo | : |  |
| Unidad | : |  |
| Nombre Jefatura Directa | : |  |
| Cargo Jefatura Directa | : |  |

**II ANTECEDENTES DEL CURSO, TALLER, SEMINARIO U OTRO**

| Nombre de la Actividad | : | Aseguramiento De La Calidad Y Mejora Contínua: Aplicación Norma Iso 9001:2015 |
| --- | --- | --- |
| Duración (hrs) | : | 16 Hrs |
| Fecha inicio y término | : | Viernes 27/06/25  Viernes 04/07/25  Viernes 11/07/25  Viernes 18/07/25 |
| Modalidad | : | Presencial |
| Horario | : | 09:00 a 13:00 |
| Institución encargada | : | Centro Educación Continua, Rudecindo Ortega #02351, Temuco |
| Código Sence | : | 1238068239 |
| Valor Actividad\*\* | : | $144.000 |

**III OTROS ANTECEDENTES: MOTIVACIÓN Y/O INFORMACIÓN ADICIONAL**

Indicar su motivación para tomar esta capacitación y/o información adicional del curso, taller, seminario u otro. Si es una solicitud para la Unidad debe incluir la nómina de participantes en el recuadro o adjuntar archivo de respaldo.

|  |
| --- |

\*\*Si el/la funcionario/a abandona el curso o no cumple con el 75% de asistencia requerida por Sence, el valor del curso será cargado al presupuesto operativo de su unidad. Excepto motivos de fuerza mayor (Ej: Licencia Médica).

| Firma Postulante |  | Firma Jefe/a Directo/a |
| --- | --- | --- |

**IV OBSERVACION DE DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE PERSONAS:**

|  |
| --- |

Enviar formulario firmado a gestiondepersonas@uct.cl

1. Si el curso de capacitación es con OTEC externa a la UCT se deben compartir datos personales del participante. [↑](#footnote-ref-0)