

ANEXO 2 DOCUMENTO OBLIGATORIO
BECAS FORMACIÓN DE EVALUADORES PARA EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE
PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD
COMPROMISO DEVOLUCIÓN POR BENEFICIO DE BECAS

Yo, _____, funcionario/a del Centro Asistencial Dr. Sótero del Río y actualmente desempeñando funciones en la unidad y/o servicio de _____, declaro lo siguiente:

1. Con fecha ____/____/____, he postulado y puedo quedar seleccionado/a para participar en el **Formación De Evaluadores Para El Sistema De Acreditación De Prestadores Institucionales De Salud**, impartido por la institución **GCA SALUD LTDA** con una duración comprendida entre **01/10/2026 y 29/10/2026**, en el marco del beneficio otorgado por el programa **Becas**, correspondiente al período 2026.
2. En conformidad con lo dispuesto en el artículo 31, inciso tercero, del Estatuto Administrativo, me comprometo a continuar prestando servicios en esta institución, sin solución de continuidad, por un período equivalente al **doblo de la duración del curso**, es decir, desde **30/10/2026**. Cualquier inasistencia por licencia médica u otra causa suspenderá temporalmente esta obligación.
3. Declaro que, en caso de **abandonar, reprobado el curso Formación De Evaluadores Para El Sistema De Acreditación De Prestadores Institucionales De Salud y/o no cumplir con el tiempo de permanencia estipulado**, ya sea por renuncia voluntaria o término anticipado de la relación laboral por causas de mi responsabilidad, me obligo a **reembolsar al Centro Asistencial Dr. Sótero del Río el total de los gastos incurridos por esta capacitación**, los cuales ascienden a \$ 550.000 (Quinientos cincuenta mil pesos)
4. De ser seleccionado(a) deberé mantener disponibilidad para ser convocado(a) cuando la institución lo requiera y participar activamente en los procesos de autoevaluación y acreditación institucional, colaborando oportunamente en las actividades, requerimientos y acciones necesarias para el cumplimiento de los estándares y objetivos establecidos en dichos procesos.
5. Manifiesto mi **aceptación plena de las condiciones** establecidas en este documento y de las bases por las cuales se me asignó el diplomado, firmando a continuación en señal de conformidad.

Firma del funcionario(a)				
Fecha				
RUT				
Fucionario	Titular		Contrata	