****

**ANEXO N°4**

**COMPROMISO DE RÉPLICA SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ**

Yo, **[Nombre Completo],** RUT: **[Número de RUT],** funcionario(a) del **[Departamento/Unidad]**, en calidad de participante de la actividad denominada **[Nombre de la actividad],** me comprometo a replicar los conocimientos adquiridos en dicha actividad de acuerdo con los requerimientos estratégicos del Servicio de Salud Tarapacá.

**CONDICIONES DEL COMPROMISO:**

* La institución podrá definir la modalidad y el alcance de la réplica conforme a sus requerimientos estratégicos.
* La solicitud de réplica se realizará según las necesidades institucionales, considerando el desarrollo de los contenidos y competencias adquiridas en la actividad de capacitación.
* La solicitud de réplica será informada con la debida antelación, permitiendo la planificación y coordinación del funcionario o funcionaria con su jefatura directa.
* Conforme al cumplimiento de la réplica, se generará una solicitud de anotación de mérito en reconocimiento al funcionario o funcionaria por su contribución al fortalecimiento de las competencias institucionales.
* En caso de incumplimiento injustificado de este compromiso, la institución podrá tomar medidas administrativas según corresponda.

**MODALIDADES DE RÉPLICA:**

La institución podrá requerir la réplica considerando una o más de las siguientes modalidades:

* **Capacitación interna:** Realizar sesiones formativas para funcionarios(as) del Servicio de Salud Tarapacá.
* **Elaboración de material:** Generar guías, documentos, protocolos u otro material de apoyo basado en los conocimientos adquiridos.
* **Asesoramiento técnico:** Aplicar los conocimientos en el desarrollo de estrategias, proyectos o mejoras en procesos internos.
* **Difusión del aprendizaje:** Presentar los aprendizajes en instancias institucionales como reuniones de equipo, seminarios o boletines internos.
* **Coordinación técnica en diseño de cápsulas digitales para Moodle:** Apoyar la creación de material audiovisual o digital dentro del Moodle del Departamento de Gestión y Desarrollo del Talento, asegurando la adecuada transferencia de conocimientos mediante recursos tecnológicos para la formación continua del personal.
* **Jornadas externas en representación de la institución:** Participar en actividades de formación dirigidas a equipos externos a la institución que requieran adquirir conocimientos específicos, siempre que tengan una relación directa con la misión institucional y los objetivos estratégicos del Servicio de Salud Tarapacá.

**Nota:** Las modalidades descritas deberán contar con los validadores y verificadores correspondientes que den cuenta de la réplica efectuada.

**FIRMA Y ACEPTACIÓN**

Declaro haber leído y comprendido los términos de este compromiso y acepto cumplir con la réplica de los conocimientos adquiridos en la actividad de capacitación en la que participé.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre funcionario (a) |  |
| Nombre de la Actividad a Realizar |  |
| Cargo: |  |
| Nombre Jefatura Directa. |  |
| Cargo: |  |
| Firma Funcionario(a) |  |