

**PROGRAMA CURSO**

**“TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN EFECTIVA”**

**PÚBLICO OBJETIVO :** Todos los estamentos Ley 18.834 del CARS y DSS.

**MODALIDAD :** Presencial

**FECHAS INICIO y TERMINO** : 12 -13 noviembre y 05- 06  diciembre.

**HORARIO DE EJECUCIÓN :** 08:30 a 17:30 Total Horas 40 Horas pedagógicas

**LUGAR** : Dependencias del Departamento de Gestión de Capacitación de las personas de la Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Sur Orientes

**OBJETIVO GENERAL DE LA ACTIVIDAD**

Mejorar la comunicación y coordinación en el equipo, a objeto de fortalecer la cohesión del equipo

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

\*revisar propósitos de unidad para el logro de sus objetivos

\*reconocer su rol y aporte dentro del equipo

\*diseñar estrategias para la coordinación interna del equipo

\*asociar la relevancia entre la comunicación y la coordinación para la cohesión de equipo

**APRENDIZAJES ESPERADOS**

Al término de la actividad, los participantes establecen:

\*actitud colaborativa y de cooperación activa

\*diálogos que fomentan la coordinación con otros en función del cumplimiento de los objetivos

**METODOLOGIA**

Clases presenciales interactivas.

**SISTEMA DE EVALUACION**

Al inicio y al final de cada módulo se desarrolla una evaluación de los contenidos aprendizaje.

Asimismo, se aplica una evaluación de reacción, con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de los/as asistentes respecto a los contenidos y condiciones en que se desarrolla la actividad.

**PERFIL DEL PARTICIPANTE**

Funcionarios de todos los estamentos Ley 18.834 del Hospital Sotero del Río y Dirección de Servicio.

**PERSONA DE CONTACTO : Paola Villegas O.-**

 pvillegaso@ssmso.cl

Teléfono: 262561



**Formulario de Compromiso de Asistencia**

**a Actividades de Capacitación 2019**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Calidad Jurídica:** Titular \_\_ Contrata \_\_ Honorarios \_\_ Reemplazo \_\_

**Actividad PAC SI\_\_ Teléfono de Contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Actividad** |  |
| **Nº de Horas**  |  |
| **Lugar** |  |
| **Horario** |  |
| **Fecha Inicio- Termino** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Interesado**

**Datos de la Jefatura**

Nombre Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Directo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo Autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asistir a la capacitación solicitada comprometiéndome con su asistencia por no tener problemas en su ausencia en su lugar de trabajo por el tiempo que dure la capacitación.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Jefe Directo**

Fecha Solicitud: Puente Alto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_