

## SOLICITUD DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Unidad Administrativa solicitante:		Sigla:
<b>FORMACIÓN O CAPACITACIÓN SOLICITADA</b>		
<b>POSTULANTES A LA FORMACIÓN O CAPACITACIÓN SOLICITADA</b>		
N°	Pers. N°	Nombre(s) y Apellido(s)
Se anexa listado de funcionarios o empleados públicos (contratados) objetivo de la formación o capacitación solicitada.		
<b>ORIGEN DE LA NECESIDAD DE FORMACIÓN O CAPACITACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> Adecuación al Cargo o Función	<input type="checkbox"/> Participación en programa o proyecto institucional	
<input type="checkbox"/> Mejora del Desempeño o Resultado Eval. de Des.	<input type="checkbox"/> Desarrollo del potencial	
<input type="checkbox"/> Implementación de nuevas tecnologías o procesos	<input type="checkbox"/> Cumplimiento Normativo o Regulatorio	
<b>JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD</b>		
Se anexa informe con datos e informaciones relacionados a la justificación de la solicitud.		
<b>A:</b>		
Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "D"		
Firma Jefe de Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "E"		
Nombre y Apellido: _____		
Pers. N°: _____ Fecha: _____		
<b>A:</b>		
Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "B" o "C"		
Firma Jefe de Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "D"		
Nombre y Apellido: _____		
Pers. N°: _____ Fecha: _____		
<b>A: Departamento de Formación y Capacitación (DRH/DFC)</b>		
Firma Jefe de Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "B" o "C"		
Nombre y Apellido: _____		
Pers. N°: _____ Fecha: _____		

**A: Sección Estudios y Planificación (DRH/DFC1)**

\_\_\_\_\_  
Firma Jefe de Dpto. de Formación y Capacitación (DRH/DFC)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORME SOBRE LA FORMACIÓN O CAPACITACIÓN SOLICITADA**

Se anexa informe relacionado a la solicitud de formación o capacitación

**A: Departamento de Formación y Capacitación (DRH/DFC)**

*La solicitud de formación o capacitación cumple con las condiciones requeridas:*

☐ Si\*      ☐ No

*\*En base al Informe sobre esta Solicitud de Formación o Capacitación y dado el cumplimiento de las condiciones requeridas, se recomienda la atención correspondiente por medio la siguiente modalidad:*

- ☐ (Capacitación Interna) Incluir en el Plan de Capacitación Anual del DRH/DFC del próximo periodo.
- ☐ (Capacitación Interna) Solicitar la autorización a la Presidencia (PR) para la inclusión en el Plan de Capacitación del DRH/DFC del periodo vigente.
- ☐ (Capacitación Interna) Realizar capacitación en el Puesto de Trabajo / Transferencia de Conocimiento.
- ☐ (Capacitación Externa) Recomendar a la Unidad solicitante la gestión de becas, conforme con el procedimiento establecido.
- ☐ (Capacitación Externa) Utilizar convenios interinstitucionales para realizar capacitación.
- ☐ (Capacitación Externa) Capacitación por medio de Instituciones Externas al servicio de la función pública.

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario responsable

\_\_\_\_\_  
Firma Jefe de Sección Estudios y Planificación (DRH/DFC1)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**A:** ☐ Sección Formación y Capacitación Técnico - Administrativa

☐ Sección Capacitación Gerencial

\_\_\_\_\_  
Firma Jefe de Dpto. de Formación y Capacitación (DRH/DFC)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DE LA SOLICITUD DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN**

**A: Departamento de Formación y Capacitación (DRH/DFC)**

La solicitud de formación / capacitación fue atendida: ☐ Si      ☐ No

Modalidad: \_\_\_\_\_

Fecha Inicio: \_\_\_\_\_

Fecha Fin: \_\_\_\_\_

Cantidad de Participantes: \_\_\_\_\_

☐ Se anexa Informe Final de la formación / capacitación realizada.

Formación / Capacitación seleccionada para Evaluación del Impacto de la Capacitación:

☐ Si

☐ No

\_\_\_\_\_  
Firma Jefe de Sección Estudios y Planificación (DRH/DFC1)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_