|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO:**  **PROPUESTA DE MODIFICACION AL**  **CATÁLOGO DE FORMACIONES PARA LAS CLASES ESPECÍFICAS**  **DEL TÍTULO I DEL ESTATUTO DE SERVICIO CIVIL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Código: AOTC-UOT-F-001-2019** | | | **Versión: 2** | | | | | | | | **Fecha de Aprobación: 26/08/2022** | | | | | |
| **SECCIÓN N° 1: DATOS RELEVANTES[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Institución:**  Nombre de la organización que emite la propuesta | | | | | | | | | | **Fecha:**  Fecha de emisión de la propuesta por parte de la organización solicitante. | | | | | **Solicitud Nº**  Número de documento institucional con el que se remite la propuesta | |
| **NOMBRE DE LA FORMACIÓN / SUBFORMACIÓN:**  Se establece el nombre de la Formación y en caso de que corresponda la nomenclatura de la subformación que se propone modificar, crear o eliminar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Modificación del Catálogo de Formaciones para:**  Se debe marcar con “X” la alternativa que corresponde, según el requerimiento institucional | | | | | | | | **Carrera(s) u ocupación(es) considerada(s) en el estudio:**  Se establece el nombre de la o las carreras u ocupaciones que se considera, facultan a las personas que las poseen a desempeñarse en la rama o área de actividad, que abarca la clase específica o bien que se requiere eliminar. | | | | | | | | |
| **Modificación de Formación/Subformación**  **-------------------------------------------------------**  **Creación o Eliminación de Formación y/o Subformación [[2]](#footnote-2)** | **Incluir carrera u ocupación**  **Eliminar carrera u ocupación** | | | | | | |
| **Crear Formación y/o Subformación**  **Eliminar Formación y/o Subformación** | | | | | | |
| **SECCIÓN N° 2: JUSTIFICACIÓN[[3]](#footnote-3)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Justificación:**  Indicar los argumentos básicos y la necesidad institucional para con el Régimen de Servicio Civil, que motivan la creación o eliminación de una Formación y/o Subformación, o bien la modificación de una Formación y/o Subformación ya existente, dentro del Catálogo. Como mínimo el análisis presentado en este espacio debe considerar de forma sucinta, y según sea el estudio a realizar, lo siguiente:   1. Determinar la nomenclatura exacta de la Formación y/o Subformación por crear, eliminar o bien modificar, con la justificación técnica que lo respalde, considerando en la misma su relación con la o las clases específicas respectivas. 2. La o las carreras u ocupaciones que se consideran en la nueva Formación y/o Subformación a crear, realizando para ello mención y explicación del Plan de estudio y perfil profesiográfico. 3. En caso de inclusión de una nueva carrera en una Formación y/o Subformación existente, además del análisis del plan de estudio y perfil de la carrera, considerar la relación de ésta con la o las carreras u ocupaciones ya incluidas en la Formación y/o Subformación en estudio. 4. Justificar lo pertinente al reconocimiento y equiparación de títulos otorgados en el extranjero (cuando aplique). 5. Consideración de regulaciones de colegios profesionales, cuando exista para el ejercicio de la respectiva formación. 6. Mención y explicación de documentos probatorios (oficios, resoluciones, planes de estudio, entre otros) **\***   **\*** Se deben adjuntar los documentos probatorios como anexos al formulario para corroborar la información. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN N° 3: RESULTADO DE LA PROPUESTA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Conclusión:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Recomendación:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre Analista Responsable:** | | | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | | | | **Logo institucional** |
| **Nombre de Jefatura inmediata:** | | | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | | | |
| **Nombre de la Jefatura de Oficina de Gestión Institucional de Recursos Humanos o bien, responsable de entidad solicitante, que aprueba:** | | | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | | | |
| **SECCIÓN N° 4: ANÁLISIS DE LA PROPUESTA**  **(USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y COMPENSACIONES, DGSC)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Formación y/o Subformación propuesta a Crear, Eliminar o Modificar:** | | | | | | | | | | | | | | **Fecha:** | | |
| **Carrera(s) u ocupación(es) propuestas:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Propuesta de modificación al Catálogo para:** | | | | | | **Incluir carrera u ocupación** | | | | **Eliminar carrera u**  **ocupación** | | | | | | |
| **Crear Formación y/o Subformación** | | | | **Eliminar Formación y/o Subformación** | | | | | | |
| **Resultado:** | | | | | | **Aprobado** | | | | **Denegado** | | | | | | |
| **Criterio técnico que justifica el pronunciamiento:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de Analista Responsable:** | | | | | | | | | | **Firma:** | | | | | | |
| **Nombre de Jefatura que avala el resultado:** | | | | | | | | | | **Firma:** | | | | | | |
| **SECCIÓN N° 5: DICTAMEN TÉCNICO**  **(USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y COMPENSASIONES, DGSC)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dictamen Técnico N°:** | | | | | | | | | | **Solicitud Nº [[4]](#footnote-4)** | | | | | | |
| **Se determina:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Formación** | **Subformación** | **Carrera** | | **Creación** |  |  |  | | **Eliminación** |  |  |  | | **Inclusión** |  |  |  | | | **Aceptar** | | **Rechazar**  **Formación:**  **Subformación:**    **La carrera(as) u**  **ocupación(es):** | | | | |  | | | |  | | | |
| **APROBACIÓN DEL DICTAMEN TÉCNICO POR PARTE DE**  **LA DIRECCION DEL AREA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y COMPENSASIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de persona que aprueba:** | | | | | **Firma y Fecha** | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN N° 6: ACTUALIZACIÓN DEL CATÁLOGO DE FORMACIONES**  **(USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y COMPENSASIONES, DGSC)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de Analista Responsable:** | | | | | **Firma y Fecha** | | | | | | | | | | | |
| **6.1 INSTANCIA DE REVISIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de Analista Responsable de revisión de registros:** | | | | | **Firma y Fecha** | | | | | | | | | | | |

1. La descripción de cada uno de los apartados de esta sección, se realiza para brindar orientación a las OGEREH y entes solicitantes, por lo cual no es requerido al presentar la solicitud mantener dicha información. [↑](#footnote-ref-1)
2. Esta opción aplica únicamente para las OGEREH o dependencias de la DGSC. [↑](#footnote-ref-2)
3. La descripción de cada uno de los apartados de esta sección, se realiza para brindar orientación a las OGEREH y entes solicitantes, por lo cual no es requerido al presentar la solicitud mantener dicha información. [↑](#footnote-ref-3)
4. Número de Solicitud indicada por la Oficina de Gestión Institucional de Recursos Humanos o ente solicitante, en la Sección 1. [↑](#footnote-ref-4)