Universidad de los Andes | eclass

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Por favor tenga la amabilidad de completar esta ficha de inscripción. Toda la información que Ud. provea será manejada de manera confidencial. Los datos son obligatorios.

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombres:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Sexo: ◯ Masculino ◯ Femenino

Fecha de nacimiento: / /

Tipo de documento: ◯ RUT ◯ Pasaporte

N° de documento:

Nacionalidad:

Teléfono fijo: – –

Teléfono celular: – –

Teléfono oficina: (opcional) – –

Email particular:

Email laboral: (opcional)

Dirección:

Ciudad:

Comuna:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Estado civil: ◯ Soltero ◯ Casado ◯ Separado ◯ Viudo

N° de hijos:

ANTECEDENTES EDUCACIONALES Y LABORALES

Nivel de estudio: ◯ Secundaria Completa ◯ Educación Técnico/Profesional ◯ Universitaria Incompleta ◯ Universitaria Completa ◯ Postgrado

Carrera universitaria, por favor indicar cuál:

Nombre de la organización donde trabaja actualmente:

Institución de estudio pregrado:

Cargo actual:

Años de experiencia laboral:

FICHA DE INSCRIPCIÓN

DIPLOMADO O CURSO A REALIZAR

Fecha de inicio del Diplomado: ____ / ____ / ____

- ◯ Diplomado en Gestión de Organizaciones de Salud Públicas y Privadas
- ◯ Diplomado en Pediatría Ambulatoria
- ◯ Diplomado en Salud Familiar y Comunitaria
- ◯ Diplomado en Gestión de Calidad y Seguridad Asistencial
- ◯ Diplomado en Farmacología Clínica
- ◯ Diplomado en Gestión de APS en el siglo XXI
- ◯ Diplomado en Nutrición del Niño y del Adolescente
- ◯ Diplomado en Problemas Frecuentes de la Medicina Ambulatoria del Adulto
- ◯ Diplomado en Bases Conceptuales de Medicina de Urgencia del Adulto
- ◯ Diplomado en Manejo Integral de la Persona con Heridas
- ◯ Diplomado en Prevención del Suicidio
- ◯ Diplomado en Liderazgo Estratégico de Equipos de Salud
- ◯ Diplomado en Atención Médica del Adulto Mayor
- ◯ Diplomado en Investigación y control de enfermedades infecciosas
- ◯ Diplomado en Medicina del Sueño
- ◯ Diplomado en Salud Pública
- ◯ Diplomado en Prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)*
- ◯ Diplomado en Diálisis Peritoneal
- ◯ Diplomado en Nutrición Deportiva y Fitness
- ◯ Diplomado en Ventilación Mecánica para Profesionales de la Salud
- ◯ Diplomado en Estilos de vida saludables
- ◯ Diplomado en Manejo de Situaciones Críticas en Salud Mental
- ◯ Diplomado en Oncología General para Profesionales de la Salud
- ◯ Diplomado en Urgencia Pediátrica
- ◯ Curso de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (80 horas)

Otro curso: _____

FICHA DE INSCRIPCIÓN

FORMAS DE PAGO

Seleccione Boleta o Factura

- ☐ Boleta
- ☐ Factura

Seleccione Forma de Pago

- ☐ Depósito / Transferencia
- ☐ WebPay
- ☐ PAT (solo boleta)
- ☐ Efectivo
- ☐ Cheque
- ☐ SENCE Directo*
- ☐ OTIC*

* Infórmate por diplomados que cuentan con cobertura SENCE**

ANTECEDENTES DE LA EMPRESA (completar sólo si la forma de pago es Sence, OTIC o si requiere factura)

Nombre o Razón Social:		RUT:	
Giro:		Teléfono:	– –
País:		Departamento:	
Dirección:		Localidad:	

Datos para Facturación:

Nombre encargado:		Apellido:	
Email:		Teléfono:	– –

FICHA DE INSCRIPCIÓN

ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS

¿Cómo se enteró de nosotros? (escoja al menos una opción)

- ☐ Por alumnos o ex alumnos de eClass
- ☐ Por boca a boca
- ☐ Por búsquedas en Google
- ☐ Por colaboradores de eClass
- ☐ Por el sitio web de eClass
- ☐ Por el sitio web de la U. Andes
- ☐ Por otros diarios o revistas
- ☐ Por publicidad en la vía pública
- ☐ Por recomendación de un conocido
- ☐ Por su empresa
- ☐ Por un email
- ☐ Otro: especificar _____

¿Cuál de las siguientes razones fue la que lo llevó a inscribirse? (escoja al menos una opción)

- ☐ Prestigio de la Universidad
- ☐ Calidad Académica
- ☐ Otra. Por favor, especificar: _____
- ☐ Cuerpo Docente
- ☐ Inversión del Programa
- ☐ Metodología

NOTA: El envío de esta ficha de inscripción, implica que he leído y acepto los términos y condiciones de eClass publicados en **uandes.eclass.cl**
Para completar tu postulación no olvides enviar tu certificado de título y una fotocopia de tu cédula de identidad por ambos lados.

**Actividad(es) de capacitación autorizada(s) por el SENCE para los efectos de franquicia tributaria de capacitación, no conducente(s) al otorgamiento de un título o grado académico.