

CARTA DE COMPROMISO DE CAPACITACIÓN

Señor
Dr. Edy Martín Vera Loyola
Director General
Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP
Ministerio de Salud

Presente. -

De mi consideración:

Quien autoriza, en calidad de profesional de salud con vínculo laboral manifiesto lo siguiente:

Soy admitido al Programa de Formación Laboral “Cuidado de la Salud Mental de Niñas y Niños” organizado por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), órgano académico y la Dirección de Salud Mental de la Dirección de Intervenciones Estratégicas del Ministerio de Salud. En caso de ser admitido(a), me comprometo formalmente a cumplir con las siguientes obligaciones:

- Participar activamente en la acción de capacitación, asistiendo puntualmente a todas las sesiones académicas y actividades programadas.
- Obtener la calificación aprobatoria exigida y cumplir con los estándares académicos establecidos por la ENSAP.
- Atender los requerimientos de evaluación y seguimiento que la institución disponga durante el desarrollo del programa.
- Compartir los conocimientos adquiridos con otros profesionales del sector salud, cuando así lo solicite la entidad.
- Permanecer en mi puesto de trabajo por un período mínimo de dos (2) años posteriores a la finalización del programa, aplicando los conocimientos adquiridos en beneficio del servicio público.
- Comunicar con una anticipación mínima de cinco (5) días hábiles cualquier impedimento para participar de la acción de capacitación, por motivos de fuerza mayor, al responsable temático y académico, con conocimiento de la ENSAP.
- Justificar cualquier inasistencia únicamente por motivos de salud o comisión de servicio, informando dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho y presentando la documentación sustentatoria correspondiente.

Declaro conocer que el incumplimiento de estos compromisos ya sea por retiro injustificado, abandono de la acción de capacitación, desaprobación o incumplimiento del período de permanencia laboral comprometido, generará perjuicios a la institución. Por ello, acepto asumir las consecuencias correspondientes, incluyendo el **resarcimiento de los costos asumidos por el Ministerio de Salud** para mi formación.

Lo cual asumo en señal de conformidad y compromiso.

Atentamente,

DECLARACIÓN JURADA DE DEVOLUCIÓN DEL VALOR DE LA CAPACITACIÓN

Quien autoriza; en calidad de beneficiario(a) de una beca para participar en el Programa de Formación Laboral “Cuidado de la Salud Mental de Niñas y Niños”, organizado por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), órgano académico y la Dirección de Salud Mental de la Dirección de Intervenciones Estratégicas del Ministerio de Salud.

Declaro haber sido informado(a) y aceptar que, en caso de incumplimiento de los compromisos establecidos en la Carta de Compromiso de Culminación de la acción de capacitación, me encuentro sujeto(a) a la obligación de reembolsar el costo total o el remanente de la capacitación asumido por el Ministerio de Salud. En ese marco, me comprometo a lo siguiente:

- Autorizar el descuento del monto adeudado a través de la planilla de remuneraciones de la Administración Central del Ministerio de Salud, en un máximo de seis (6) cuotas mensuales consecutivas, según lo determine la entidad financiadora.
- No podrá acceder a nuevas acciones de capacitación financiadas por el MINSA hasta que transcurra un período equivalente al doble del tiempo otorgado por la beca y/o licencia por capacitación concedida. Esta medida será registrada en su legajo personal.
- En caso de renuncia, cese laboral o cualquier otra causa que implique la interrupción del vínculo laboral durante o inmediatamente después de la capacitación, me comprometo a devolver el valor total o el remanente correspondiente de la beca otorgada.

Reconozco que esta obligación tiene carácter vinculante y que su cumplimiento es parte de mi responsabilidad como servidor(a) público(a) beneficiado(a) por una acción formativa financiada por el Estado.

Lo cual asumo en señal de conformidad y compromiso.

Atentamente,