1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA
   1. NOMBRE DE LA PROPUESTA DE DIPLOMADO

|  |
| --- |
|  |

* 1. REGIÓN A LA QUE POSTULA

(Marque con una X la región en la cual se ejecutará la propuesta de diplomado)

|  |  |
| --- | --- |
| **Región en la que se impartirá el programa de diplomado** | **Marque con una X** |
| Coquimbo |  |
| O’Higgins |  |
| Los Ríos |  |
| La Araucanía |  |
| Magallanes y Antártica Chilena |  |

NOTA: El programa de diplomado debe ser ejecutado físicamente en la región a la cual postula.

* 1. INDICAR SI SE ENCUENTRA POSTULANDO ESTA PROPUESTA A OTRA FUENTE DE FINANCIAMIENTO

(Marque con una X la región en la cual se ejecutará la propuesta de diplomado)

|  |  |
| --- | --- |
| **Pregunta** | **Indicar Sí o No** |
| ¿Se encuentra postulando esta propuesta de forma simultánea o complementaria a alguna otra fuente de financiamiento del Estado o de CONICYT? |  |
| En el caso de que su respuesta sea positiva, indicar la fuente de financiamiento a la cual postula | |
|  | |

* 1. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Institución: |  | |
| Rut: |  | |
| Dirección:  (Identificar Facultad, Instituto, Escuela, según corresponda). |  | |
| **Universidad reconocida por el MINEDUC**  (Identificar el documento mediante el cual se le otorgó el reconocimiento). | |  |
| **Universidad acreditada por la CNA-Chile**  (Identificar el documento mediante el cual se le otorgó el reconocimiento y señalar los años que tendrá la acreditación). | |  |

* 1. REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: | | | | Firma: | |
|  | | | |
| Cargo en la institución beneficiaria: |  | | | | |
| Teléfono fijo: | | Teléfono móvil: | Correo electrónico: | | |
|  | |  |  | | |
| **Personería Jurídica:**  (Identificar el documento mediante el cual se le otorgó la personería jurídica) | |  | RUT: | |  |

* 1. IDENTIFICACIÓN DE LA(S) INSTITUCIÓN(ES) ASOCIADA(S)

Pueden participar como asociadas universidades o centros de investigación, sean regionales, nacionales y/o internacionales con experiencia en formación y/o investigación.

Replique la tabla las veces que sean necesarias para incluir a todas las instituciones o entidades asociadas.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución: |  |
| Rut:  (En caso de corresponder) |  |

* 1. IDENTIFICAR CUÁL DE LAS INSTITUCIONES CUENTA CON SEDE EN LA REGIÓN

Marque con una X la institución que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| Institución beneficiaria |  |
| Institución asociada |  |

* 1. EQUIPO DE TRABAJO

Identifique al personal técnico y administrativo que apoyará la ejecución de la propuesta. (Replique la tabla las veces que sea necesario para incluir a todas las personas que ejecuten labores en el equipo de coordinación).

* + 1. DIRECTOR(A) RESPONSABLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: | | | | Firma: |
|  | | | |
| Cargo en la institución beneficiaria: | |  | | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: | | Correo electrónico: | |
|  |  | |  | |

* + 1. DIRECTOR(A) RESPONSABLE ALTERNO(A)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: | | | | Firma: |
|  | | | |
| Cargo en la institución beneficiaria o asociada: | |  | | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: | | Correo electrónico: | |
|  |  | |  | |

* + 1. PERSONAL ADMINISTRATIVO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: | | | | Firma: |
|  | | | |
| Cargo en la institución beneficiaria o asociada: | |  | | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: | | Correo electrónico: | |
|  |  | |  | |

* + 1. PERSONAL TÉCNICO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: | | | | Firma: |
|  | | | |
| Cargo en la institución beneficiaria o asociada: | |  | | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: | | Correo electrónico: | |
|  |  | |  | |

* 1. EXPOSITORES(AS) Y/O INVESTIGADORES(AS) INVITADOS(AS) A PRESENTAR DURANTE EL DIPLOMADO

Identifique a todas las personas invitadas a participar en una actividad concreta y acotada del proyecto propuesto, por lo que no forman parte del equipo de trabajo indicado en el punto 1.7 de este formulario. (Replique la tabla las veces que sea necesario).

En este punto no se debe incluir a los/as docentes comprometidos para impartir las clases del programa de diplomado, los cuales deben explicitarse en el punto 3.13 del formulario III.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: | | | | Firma: |
|  | | | |
| Tipo de actividad en la que participa:  (Indicar si corresponde, por ejemplo, a un Seminario, charla, exposición, u otra actividad similar). | |  | | |
| Rol que cumple en la actividad: | |  | | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: | | Correo electrónico: | |
|  |  | |  | |