

ACUERDO DE COMPROMISO[[1]](#footnote-1)

Versión 03 GD- FO-065 (22/06/2018)

(ACTIVIDADES VIRTUALES NO COMPRADAS)

Acuerdo de Compromiso N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el número del Acuerdo y el año, según el registro consecutivo y los procesos internos de cada institución)*

Nosotros, **Karla Thomas Powell**, **Directora Ejecutiva**, mayor, con cédula de identidad uno cero setecientos treinta y seis cero cero cincuenta y tres, con domicilio en la provincia de Heredia, denominado en adelante “La Institución” y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el nombre, calidades, número de cédula y domicilio de la persona beneficiaria que suscribe)*, quien desempeña el puesto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar la clase de puesto y la especialidad según la nomenclatura del Manual de Descriptivo de Clases emitido por la Dirección General de Servicio Civil)*, en la unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el nombre de la unidad administrativa donde labora la persona beneficiaria)*, denominada en adelante la “Persona beneficiaria”; hemos convenido, de conformidad con las disposiciones de los artículos 37, 38, 39, 40, 41, 42 y 43 de la Resolución DG-165-2017 de la Dirección General de Servicio Civil, en suscribir el presente ACUERDO DE COMPROMISO para cursar la actividad de capacitación descrita a continuación:

**Nombre de la actividad**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modalidad**: Aprovechamiento [ ] Participación [ ]

**Duración de la actividad**: \_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el número horas si la licencia es por horas, o bien, los días, semanas o meses si la licencia es por tiempo completo o de fecha a fecha)*

**Total de tiempo requerido**: \_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicar el total de tiempo requerido para la capacitación y para traslados, cuando así se requiera)*

**Estrategia metodológica**: Presencial [ ] No presencial [ ] Mixta [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lugar en que se realizará la actividad** | **Fechas de realización de la actividad** | **Horario de la actividad** |
|  |  |  |

**Organismo patrocinador u organizador**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fuente de financiamiento**: Institucional [ ] Servidor (a) [ ] Otro [ ] Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al suscribir el presente ACUERDO, el (la) servidor (a) asume los siguientes compromisos:

1. Cumplir con los requisitos de asistencia, participación y aprobación definidos para la actividad.
2. Transferir los conocimientos adquiridos, mediante asesoría, capacitación u otros medios similares, a otros servidores y servidoras, en caso de que así se requiera.
3. En caso de incumplimiento o retiro, reintegrar a la Administración, el monto proporcional a los salarios devengados durante el periodo o las horas de licencia concedidas para cursar la actividad, así como el costo de la actividad, beca o facilidad concedida en caso de que la actividad haya sido financiada por el Estado; salvo situaciones de fuerza mayor, caso fortuito u otra causa razonable que justifiquen el incumplimiento, en cuyo caso, el/la servidor/a queda exonerado/a de este compromiso. Con el propósito de recuperar los montos correspondientes a los aspectos señalados anteriormente, ante un incumplimiento o retiro injustificado, la Institución -por medio de la unidad o dependencia encargada de la capacitación institucional- procederá a iniciar las gestiones administrativas pertinentes. El monto a resarcir a la Administración ante un eventual incumplimiento será estimado por la instancia competente respetando el debido proceso.

#### VISTO BUENO DE LA JEFATURA INMEDIATA DE LA PERSONA BENEFICARIA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre de la Jefatura Inmediata Firma y sello Institución

De acuerdo: En desacuerdo: (marque con equis)

**Si está en desacuerdo justifique su posición:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En mérito de lo anterior, procedemos a firmar en San José, a las \_\_\_\_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma de la persona beneficiaria | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Karla Thomas Powell  **Directora Ejecutiva IDPUGS**  **Por delegación de la Ministra de Educación Pública, según Resolución No. 1818-MEP-2019**  **publicada en La Gaceta N° 162 del jueves 29 de agosto de 2019.** |

**REFRENDO DEL INSTITUTO DE DESARROLLO PROFESIONAL ULADISLAO GÁMEZ SOLANO, SEGÚN RESOLUCIÓN N° IDP-DE-001-2019 DEL 04 DE SETIEMBRE DE 2019**

Quien suscribe **Ileana Ruiz Rodríguez**, cédula de identidad número uno cero seiscientos ochenta y tres cero setecientos noventa y ocho, en calidad de **Jefa del Departamento de Gestión de Recursos del Instituto de Desarrollo Profesional Uladislao Gámez Solano (IDPUGS)**, da fe de que la información consignada en el presente Acuerdo de Compromiso es correcta y se ajusta a los requisitos establecidos por la normativa que regula la materia. En mérito de ello, firmo en San José, a las \_\_\_\_\_\_ horas del \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ileana Ruiz Rodríguez**

**Jefa Departamento Gestión de Recursos**

El presente documento se prepara en original y una copia que se distribuirán así:

**Original:** Unidad o Dependencia Encargada de la Capacitación de la institución que refrenda el ACUERDO DE COMPROMISO (debe adjuntar copia de la cédula de identidad)

**Copia:** Persona beneficiaria.

1. Este formulario se aplica únicamente para efectos de actividades de capacitación que no excedan los tres meses o las 260 horas. Se excluyen las actividades inferiores a las doce (12) horas de capacitación*.* [↑](#footnote-ref-1)