FORMULARIO DE POSTULACIÓN TRABAJADORAS(ES)

**PROGRAMA BECAS DE EXCELENCIA 2025**

|  |
| --- |
| **I Antecedentes Trabajadora(or)** |
| Rut |  |
| Nombres y Apellidos: |       |
| Dirección Particular: |       |
| Profesión: |       |
| Ciudad: |       | Año Ingreso |       |
| Teléfono Contacto 1 |       | Años Antigüedad |       |
| Teléfono Contacto 2 |       |
| Anexo: |       |
| Correo Electrónico: |       |
| **II Antecedentes de la carrera que postula** |
| Carrera |       |
| Nombre Universidad o Instituto |       |
| Sede o Localidad |       |
| Duración Carrera (Años) |       | Duración Carrera (Semestre) |       |
| Fecha de ingreso a carrera |       |
| Año que cursará |       | Semestre que cursará |       |
| Matricula Anual 2025 | $      | Arancel Anual 2025 | $      |
| ¿Anteriormente había recibido beca? | **SI** |[ ]  **NO** |[ ]  ¿Qué año? |       |
| ¿Posee Gratuidad? | **SI** |[ ]  **NO** |[ ]
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **III Documentación que debe adjuntar al formulario (Marque la casilla)** |
| Certificado de matrícula del semestre al cual postula. |[ ]
| Certificado de notas correspondiente al año anterior (quienes estén cursando una carrera). |[ ]
| Detalle de plan de pago, con el monto de la matrícula y arancel de la carrera. |[ ]
| Programa académico (malla curricular). |[ ]
| Certificado de alumno(a) regular. |[ ]

|  |
| --- |
| **IV Requisitos** |
| Contrato de trabajo indefinido vigente. |[ ]
| Un año de antigüedad en la empresa al 31 de marzo de 2025. |[ ]
| Evaluación de desempeño de excelencia. |[ ]
| Contar con la aprobación y compromiso de la jefatura. |[ ]
| Las clases deberán ser fuera del horario laboral. Las excepciones deberán ser autorizadas por su VP o gerente del área. |[ ]

|  |
| --- |
| **V Compromiso del Postulante** |

*Vp Personas y Cultura:*

*Me comprometo a cumplir con lo establecido por Uds. respecto a la beca, a la asistencia obligatoria, a aprobar todos los cursos con al menos un promedio 5,0 y a permanecer en la empresa después de concluir mis estudios, como mínimo un período de tiempo igual al empleado en ellos.*

Atte,

|  |
| --- |
|       |

**Nombre y Firma Postulante**

|  |
| --- |
| **VI Aprobación y compromiso de la Jefatura** |
| **Antecedentes de la Jefatura** |
| Rut |  |  |  |  |  |  |  |  |  **-** |  | **(Cada N° en Celda)** |
| Nombres y Apellidos: |       |
| Cargo |       |
| **Carta de la Jefatura** |

Las siguientes preguntas deben ser contestadas sólo por la jefatura directa.

|  |
| --- |
| ¿Cómo evalúa el desempeño laboral de la persona postulante el año 2024? |
|       |
| ¿Cómo evalúa la trayectoria de la persona postulante dentro de la empresa? |
|       |

Firma Jefatura Directa

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre VP o Gerente del área** |       |

Firma VP o Gerente Área

* Remite este formulario junto con los documentos solicitados vía email a **programa.becas@sqm.com**

Recuerda que el proceso de recepción de documentos vence el **31 de marzo de 2025**, solicitudes incompletas o fuera de plazo no serán procesadas.

LLENADO POST-INGRESO POR PERSONA DE CAPACITACIÓN

ID INGRESO:

FECHA:

RESPONSABLE: