VALPARAÍSO, 15 de junio de 2021.

OFICIO Nº 1383/4/2021

La **COMISIÓN DE EDUCACIÓN**, en sesión celebrada el día de hoy, tomó conocimiento de la situación del exalumno de esa casa de estudios, señor Mario Carvajal Macaya, quien relata en su carta, que no puede acceder a los documentos necesarios para continuar el trámite de homologación de su Título Profesional de Enfermero ante un Consultor Internacional de Educación (CGFNS) en Estados Unidos de América, por la normativa interna de la Universidad.

En tal sentido, la Comisión acordó solicitar a Ud. tenga a bien realizar los trámites administrativos necesarios que permitan al estudiante continuar con su trámite, cuyo plazo vence en julio de 2021, según se detalla en los documentos que se adjuntan, informándola del resultado de sus gestiones.

Lo que tengo a honra comunicar a Ud., en virtud del referido acuerdo, y por orden del Presidente de la Comisión, H. Diputado Mario Venegas Cárdenas.

Dios guarde a Ud.,

MARÍA SOLEDAD FREDES RUIZ,
Abogada Secretaria de la Comisión.

**AL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA SERENA, SEÑOR NIBALDO AVILÉS PIZARRO.**

C O M I S I Ó N  D E  E D U C A C I Ó N
www.camara.cl • Tel: (32) 2505017 • Correo electrónico: educam@congreso.cl
Av. Pedro Montt s/n, Valparaíso

Firmado electrónicamente
https://extranet.camara.cl/verificardoc
Código de verificación: 1A59551AB252F5BB

Firmado por María Soledad Fredes Ruiz
Fecha 18/06/2021 14:28:39 CLT

13 de junio de 2021, La Serena.

Estimado Sr. Juan Manuel Fuenzalida, Diputado de la República:

Junto con saludarlo, me dirijo a usted debido a la respuesta negativa de parte de la Universidad de La Serena en la gestión de documentos solicitados por mi persona a través de su Directora de Docencia, la Sra. Pamela Labra y el encargado de Registro curricular, don Francisco Luna aduciendo reglamentos y normativas internas de la Universidad. En concreto, yo actualmente estoy realizando los trámites de homologación de mi Título Profesional de Enfermero ante un Consultor Internacional de educación (CGFNS) en Estados Unidos de América, trámite por el cual se canceló 360 dólares. Para lo anterior, se deben enviar ciertos documentos y en relación a la Universidad debe realizar lo siguiente:

1. Completar el documento adjunto de "Request for Academic Records /Transcripts". Ante lo cual la Universidad se niega a llenarlo, ya que por normativa no pueden llenar un documento que ellos no emitan, es decir sólo emiten documentos con formatos de ello. Tampoco completan documentos en idioma inglés.

2. El documento anterior debe firmarse por una persona que esté autorizada por esta Institución CGFNS, para lo cual la Universidad debe solicitarles un documento: "Institution seal and signature log sheet" a través de un mail directamente a ellos y por el cual valida la firma autorizada por la Universidad para tales efectos. Sin embargo, la Universidad también se niega porque dice que sus firmas ya están validadas en Chile y a nivel internacional en el tratado de apostillado.

3. Junto con este documento citado anteriormente, la Universidad debe enviar en un sobre cerrado y con sus timbres a través de correo certificado a CGFNS a EEUU, otros documentos como el certificado de título, acta de grado, contenidos programáticos, certificado de notas, y tabla de intensidad horaria. Con la traducción oficial correspondiente al idioma Inglés. Documentos últimos que ya tengo en mi poder. Sin embargo, por la pandemia del COVID 19 la Universidad estableció una normativa de evitar manejo de documentos en físico. Ante lo cual se niega.

Cabe destacar, que esta gestión tiene un tiempo límite de entrega a CGFNS de 6 meses, plazo que vence en julio. Por ende la premura de la situación. Este es un proceso que otras Universidades han tenido la flexibilidad del caso, ya que es una situación especial e internacional. En atención al primer punto, CGFNS solicita el documento en ese formato, se planteó a la Universidad la traducción oficial al español de la forma, sin embargo no aceptaron. En el punto 2, la Superintendencia de Salud de Chile ya emitió el documento de validación de la firma sin inconvenientes y enviando por correo certificado a CGFNS la documentación

que a ellos les compete sin problemas. En el tercer punto, me parece insólito que una Universidad, la cual debe estar abierta a la evidencia científica, no tome en cuenta las recomendaciones del CDC y FDA en relación al bajo riesgo de contagio de COVID 19 por fómites o artículos físicos.

Además es preciso agregar, que el día 12 de mayo de 2021, tras la reiterada insistencia se sostuvo una reunión por Zoom con la jefa del departamento jurídico, Srta. Elizabeth Escobar, el abogado del Departamento jurídico, Sr. Victor Manuel Abarca Varas, la Sra. Pamela Labra y el Sr. Francisco Luna, exponiendo el abogado Victor Manuel Abarca que "la Universidad debía entregarme la documentación necesaria para mi trámite y apoyarme, debiendo modificarse los estatutos o decretos para ello, actualizándose a la realidad del proceso migratorio y globalización…" Es así, como para sorpresa de todos, y especialmente la mía finalmente la Universidad acogía mi requerimiento y me daba tranquilidad en mi proceso por el cual he invertido tiempo, estudio y a la fecha alrededor de 2000 dólares en traducciones, asesorías, pago a CGFNS, entre otros. En esa oportunidad le dejé en claro al abogado que debía enviarse con prontitud el documento, considerando que el plazo de entrega es en julio de 2021 y en Correos de Chile existía un retraso de 1 mes hacia USA por la pandemia. Por lo tanto, les ofrecí avanzar con la Directora de carrera de Enfermería en el documento mientras se modificaban los estatutos o decretos, pero no aceptaron. Pasaron los días, y ante la falta de respuesta, decidí comunicarme vía mail con la Universidad, respondiéndome el abogado Víctor Abarca Varas el 10 de junio, después de numerosos correos infructuosos desde el 19 de mayo de 2021. Diciéndome en síntesis que debía ajustarme a la normativa de la Universidad (adjunto historial de correos al Sr. Diputado Fuenzalida), dando a entender que no me entregarían el documento. Lo anterior, no sólo me amilana, sino que me llena de profundo malestar y desazón que hayan faltado a la verdad, mi propia Alma mater.

El trámite anterior sólo lo puede realizar la Universidad de La Serena, quién a mi juicio debería considerar la situación especial de mi caso (internacional) y flexibilizar o modificar sus normativas que para el contexto de nuestro país pueden funcionar muy bien, pero para el caso de la homologación del título en EEUU no sirven. Negándome en principio el derecho de emigrar para ejercer mi profesión en ese país, que por cierto es el país de uno de mis hijos.

Es en virtud de lo anterior Sr. Diputado Fuenzalida, que vengo a exigirles a la Universidad de La Serena que cumplan con su palabra y me entreguen el documento a la brevedad posible, ya que no sólo están atentando con mi legítimo derecho de emigrar, sino que dañando la imagen de la única Universidad estatal de la cuarta región al no respetar un acuerdo.

Mario Carvajal Macaya.

Rut 15050756-1

CGFNS INTERNATIONAL

3600 Market St suite 400, Philadelphia, PA 19104
www.cgfns.org

# Request for Academic Records / Transcripts
# Order # 3404549

CGFNS International, Inc. | 3600 Market Street, Suite 400, Philadelphia, Pennsylvania 19104-2651 USA | +1 (215) 222-8454 | www.cgfns.org

**Applicant:** *Please sign, date and send this form to your professional school (or where your Academic Records / Transcripts are archived) to have an authorized official complete the remaining information.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Current Name:** | Mario Andrés Carvajal Macaya | | | | |
| **Name When Attended School (if Different):** | | | | | |
| **Other Names:** | | | | | |
| **Name of School:** | Universidad de La Serena | | | | |
| **Dates of Attendance:** | March 2000 | **to** | December 2005 | **Date of Birth:** | February 22, 1982 |
| **Email:** | macm_1982@hotmail.com | | | **Telephone:** | |
| **Mailing Address:** | Pasaje Cerro Alegre 5110<br>La Serena,Elqui 1700000-CHILE | | | | |

**I,** Mario Andrés Carvajal Macaya**, hereby give my consent to** Universidad de La Serena **to provide CGFNS International, Inc. the requested information with supporting nursing education documents.**

***Applicant Signature:** _____ ***Date Signed:**

| Month (Jan, Feb, Mar, ....) | Day | Year |
|---|---|---|
| | | |

**Attention:** This is a customized form for use only by the *applicant* and **Institution identified** below. Do not duplicate this form for any other applicant or institution.

**Questions?:** Contact CGFNS International at +1 (215) 222-8454 Monday through Friday from 9:30 am to 3:00 pm (EST).


©2021 CGFNS International, Inc. All rights reserved

# Request for Academic Records / Transcripts
# Order # 3404549

**To School Official,**

1. Complete all areas on this form. All documents must have a certified English translation (if not in English).
2. **Attach an official Academic Record / Transcript** of this applicant's nursing education. This is the official documentation or record of this applicant's courses, credits / clock hours, grades achieved, theory and laboratory hours, and clinical practice hours, and credentials earned. If document is not in English, also include a certified English translation.
3. Place the school's official seal / stamp over the flap of the school's envelope (marked **with a return address**) that contains the completed form and requested documents.
4. Send via postal mail (preferably trackable) to:

CGFNS International, Inc.
3600 Market Street, Suite 400
Philadelphia, PA 19104-2651
USA

| Student Name When Attended: | Student Date of Birth: Month (Jan, Feb, Mar, ...) | Day | Year |
|---|---|---|---|
| | | | |

School Name When Student Attended:

Current School or Authority Name Where Academic Records / Transcripts are Archived (if different name):

Current School Street Address (P.O. Box, if needed):

| City: | State / Province: | Postal Code: | Country: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| School Telephone Number: | School Web Address: |
|---|---|
| | |

| School Registrar Contact Email: | School Registrar Fax Number: |
|---|---|
| | |

**Attention:** This is a customized form for use only by the *applicant* and **Institution identified** below. Do not duplicate this form for any other applicant or institution.

**Questions?:** Contact CGFNS International at +1 (215) 222-8454 Monday through Friday from 9:30 am to 3:00 pm (EST).


©2021 CGFNS International, Inc. All rights reserved

# Request for Academic Records / Transcripts
# Order # 3404549

Please provide specific theory and clinical hours for all nursing domains and subject areas listed below. Please DO NOT combine the nursing domains or subject areas. If they are combined in your curriculum, estimate the theory and clinical hours in each nursing domain and each subject area.

| | Nursing Domains | Theory Hours Attained | *Clinical Hours Attained | Independent Coursework or Integrated Coursework? (Circle One Per Row) | Clinical Education Occurred: (Instructions below) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Adult – Medical Nursing | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 2 | Adult – Surgical Nursing | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 3 | Maternal/Infant (excluding Gynecology) | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 4 | Nursing Care of Children | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 5 | Psychiatric/Mental Health (excluding Neurology) | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| | **Subject Areas** | **Theory Hours Attained** | ***Clinical Hours Attained** | **Independent Coursework or Integrated Coursework? (Circle One Per Row)** | **Clinical Education Occurred: (Instructions below)** |
| 1 | Community Health Concepts | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 2 | Geriatric Nursing (Gerontology) | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 3 | Physical Assessment | | | Independent Integrated | 1 2 3 4 |
| 4 | Anatomy and Physiology (including Body Structure and Function) | | | | |
| 5 | Ethical Considerations | | | | |
| 6 | Health Counseling | | | | |
| 7 | Human Growth and Development Throughout the Lifespan | | | | |
| 8 | Interpersonal Relationships | | | | |
| 9 | Leadership in Nursing | | | | |
| 10 | Legal Aspects in Nursing | | | | |
| 11 | Personal and Family Health Concepts | | | | |
| 12 | Nutrition | | | | |
| 13 | Pharmacology and Administration of Medications | | | | |
| 14 | Professional Roles & Functions | | | | |

Instruction Box

**Answers are required for each question outside of this instruction box.**

**DO NOT LEAVE ANY BLANKS.**

**Enter N/A if not applicable.**

## Instructions

**Circle one number per row to show when the Clinical Education Occurred**

1: **Same Semester as Theory**
2: **Within six (6) months of Theory**
3: **More than six (6) months after Theory**
4: **By end of Program**

* Do **not** include classroom education, laboratory, simulation, and planned clinical conferences (ward teaching) hours. CGFNS International must have the breakdown of theory hours and applicable clinical hours for all nursing domains and subject areas.

| Evidence of Instruction in Required Settings | Circle One Per Row |
|---|---|
| **Patient Care Environment** | |
| Acute | Yes No |
| Community | Yes No |
| Long-Term Care | Yes No |
| **Simulation** | |
| Acute | Yes No |
| Community | Yes No |
| Long-Term Care | Yes No |

**Attention:** This is a customized form for use only by the *applicant* and **Institution identified** below. Do not duplicate this form for any other applicant or institution.

**Questions?:** Contact CGFNS International at +1 (215) 222-8454 Monday through Friday from 9:30 am to 3:00 pm (EST).


©2021 CGFNS International, Inc. All rights reserved

# Request for Academic Records / Transcripts
# Order # 3404549

**School Official, please complete all areas:**

| Language in which Student was Instructed | Textbook Language of Student's Program / Course of Study: |
|---|---|
| | |

| Course of Study (e.g., Nursing / Practical / Psychiatric / Midwifery): | Name of Certificate / Diploma / Degree Obtained **in Original Language**: |
|---|---|
| | |

Program Type (Mark only one):

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Diploma | ☐ Certificate | ☐ Associate Degree | ☐ Baccalaureate's Degree | ☐ Master's Degree | ☐ Doctorate |
| ☐ Other (specify): | | | | | |

Attendance Dates:

| Month (Jan, Feb, Mar, ...) | Year | | Month (Jan, Feb, Mar, ...) | Year | Did the Applicant Complete the Program? (Mark only one): | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | to | | | ☐ Yes – Did Complete | ☐ No – Did Not Complete |

Was this **School** Accredited or Government Approved When Student Completed the Courses or Graduated?
(Mark only one): ☐ Yes ☐ No

If Yes, **Name of Organization** that Accredited or Approved this **School**:

If Yes, **Initial Date School** was Accredited or Approved:

| Month (Jan, Feb, Mar, ....) | Day | Year |
|---|---|---|
| | | |

If Yes (and renewed) , **Last Date School was Renewed** Accredited or Approved:

| Month (Jan, Feb, Mar, ....) | Day | Year |
|---|---|---|
| | | |

Was this **Nursing Education Program** Accredited or Government Approved When Student Completed the Courses or Graduated?
(Mark only one): ☐ Yes ☐ No

If Yes, **Name of Organization** that Accredited or Approved this **Nursing Education Program**:

If Yes, **Initial Date Nursing Education Program** was Accredited or Approved:

| Month (Jan, Feb, Mar, ....) | Day | Year |
|---|---|---|
| | | |

If Yes (and renewed) , **Last Date Nursing Education was Renewed** Accredited or Approved:

| Month (Jan, Feb, Mar, ....) | Day | Year |
|---|---|---|
| | | |

**I (an authorized school official) hereby attest that the information provided on this form is accurate and the enclosed Academic Records / Transcripts accurately states the courses taken by Mario Andrés Carvajal Macaya. Please sign, print name, date and PLACE OFFICAL SEAL / STAMP BELOW (without a signature, printed name, title, date signed and official school seal / stamp these documents will not be accepted).**

School Official Signature: _____

| Month (Jan, Feb, Mar, ....) | Day | Year |
|---|---|---|
| | | |

Print Name of School Official: _____

School Official Title: _____

Place School Authority's
Seal / Stamp anywhere in this box.

**Attention:** This is a customized form for use only by the *applicant* and **Institution identified** below. Do not duplicate this form for any other applicant or institution.

**Questions?:** Contact CGFNS International at +1 (215) 222-8454 Monday through Friday from 9:30 am to 3:00 pm (EST).


©2021 CGFNS International, Inc. All rights reserved

CGFNS INTERNATIONAL®
Global Credibility

3600 Market Street, Suite 400, Philadelphia, Pennsylvania 19104-2651 USA
Phone: +1.215.222.8454 • Web: www.cgfns.org

# INSTITUTION SEAL AND SIGNATURE LOG SHEET

*PLEASE COMPLETE IN THE ENGLISH LANGUAGE*

**Print** Current Full Name of School / License Authority:

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

**Print** Complete Mailing Address of School / License Authority:
ALAMEDA BERNARDO O HIGGINS 1449 TOWER 2 FLOOR 5, SANTIAGO - CHILE

Telephone Number: 22 836 9164 22 836 9224 22 836 9091 Extension:_____

Fax Number: _____

**Additional School/License Authority Information**

**Print** Web Address:
_____www.superdesalud.gob.cl_____

**Print** Email Address: cmonsalve@superdesalud.gob.cl, jsaavedra@superdesalud.gob.cl, ccorral@superdesalud.gob.cl, mlarenas@superdesalud.gob.cl,

Is your school/college/university/ license authority recognized by the Ministry of Health and/ Education in your country?

__X___Yes _____No Date recognized by the Government _____/_____/_____
Month Day Year

If your Institution was ever known by any other name(s) please provide historical information below:

_____

_____

**List of Authorized Signatures:** List all individuals who are authorized to sign education/licensure verification forms and provide official transcripts on behalf of the student/licensee. (Please provide 2 samples of each signature that would appear on official documents.)

Print Name of Official: __CARMEN MONSALVE BENAVIDES_____
Title: _____INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD_____

1. Signature: _____
2. Signature:_____

CGFNS INTERNATIONAL®
Global Credibility

3600 Market Street, Suite 400, Philadelphia, Pennsylvania 19104-2651 USA
Phone: +1.215.222.8454 • Web: www.cgfns.org

Print Name of Official: CAMILO CORRAL GUERRERO
Title: INTENDENTE DE PRESTADORES SUBROGATE

1. Signature: _____
2. Signature: _____

Print Name of Official: _____ Title: _____

1. Signature: _____
2. Signature: _____

Print Name of Official: _____ Title: _____

1. Signature: _____
2. Signature: _____

Date: 01 / 20 /2021
Month Day Year

**Affix Official Seal/Stamp Below:**

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD