

- b. Contrato de trabajo debidamente firmado por ambas partes, con los respectivos anexos de contrato que se suscriban durante la ejecución del programa.
- c. Fotocopia de la cédula nacional de identidad vigente de los beneficiarios(as) por ambos lados.
- d. Liquidación mensual de remuneraciones, firmada por los beneficiarios(as).
- e. Planillas de Pago mensual de obligaciones previsionales.
- f. Licencias médicas (en caso de que existan).

### **21.3. Inicio de Labores de los(as) Beneficiarios(as)**

La Delegación Presidencial Regional del Biobío estará en condiciones de exigir a cada Ejecutor, el cabal cumplimiento de la propuesta presentada, de conformidad a lo exigido en las presentes bases. La puesta en marcha de las labores deberá ser ejecutada de manera simultánea a las diversas actividades consideradas en el programa.

## **22. MODIFICACIÓN A LAS BASES**

La Delegación Presidencial Regional del Biobío se reserva la facultad de introducir modificaciones a las presentes bases del concurso, hasta dos días hábiles antes del acto de apertura de las propuestas, en cuyo caso se extenderá el plazo de presentación de propuestas en 4 días hábiles. Las modificaciones podrán referirse a todo tipo de aspectos técnicos, administrativos, de prórrogas o suspensiones de plazos o de cualquier otra índole, relevante para el desarrollo del concurso y posterior suscripción de los convenios. Para dicho efecto, se comunicará oportunamente a través del sitio web de la Delegación Presidencial Regional del Biobío el contenido de estas modificaciones, las cuales serán aprobadas mediante el correspondiente acto administrativo y se entenderán formar parte integrante de las presentes bases.

## **23. ANEXOS**

Los anexos aludidos en las presentes bases administrativas son los siguientes y se entienden formar parte de ellas

<b>ANEXO</b>	<b>CONTENIDO</b>
Anexo N° 1	Cobertura de selección
Anexo N° 2	Diagnóstico Beneficiarios(as)
Anexo N° 3	Declaración Jurada Corporaciones o Asociaciones y Fundaciones
Anexo N° 4	Orientaciones generales Condiciones de accesibilidad
Anexo N° 5	Gastos proporcionales
Anexo N° 6	Plan de Gastos por cupos de convenios en ejecución para los gastos en administración

Anexo N° 7	Formato rendiciones (Resolución 30)
Anexo N° 8	Planilla envío de actividades programadas
Anexo N° 9	Propuestas de acciones para abordar la equidad de género
Anexo N° 10	Formato acta de entrega de insumos y de elementos de protección personal
Anexo N° 11	Criterios evaluación para la entrega máquinas a trabajadores

**ANEXO N° 1**

**COBERTURA DE SELECCIÓN SEGÚN COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE LA  
SUBSECRETARÍA DEL TRABAJO**

Provincia	Comuna	Media Jornada	Tres Cuartos de Jornada	Jornada Completa	Total
Concepción	Chiguayante			19	19
	Concepción	3		72	75
	Coronel <sup>2</sup>			899	899
	Florida			18	18
	Hualpén			184	184
	Lota			2.131	2.131
	Penco	5		86	91
	San Pedro de la Paz			252	252
	Santa Juana		1	51	52
	Talcahuano			881	881
Arauco	Tomé			574	574
	Arauco			131	131
	Cañete	1		501	502
	Contulmo			62	62
	Curanilahue			1.444	1.444
	Lebu			435	435
	Los Álamos	1		477	478
Biobío	Tirúa	2		121	123
	Alto Biobío			16	16
	Cabrero		1	22	23
	Laja		2	9	11
	Mulchén			10	10
Total Biobío		12	4	8.419	8.435

<sup>2</sup> Los postulantes a la comuna de Coronel deberán considerar en su ejecución a la Isla Santa María.  
2 la distribución consignada en tabla puede sufrir modificación en base al proceso de plan de egreso y los respectivos desistimientos.

**ANEXO N° 2**  
**DIAGNÓSTICO BENEFICIARIOS PROGRAMA INVERSIÓN EN LA**  
**COMUNIDAD**

**I. IDENTIFICACIÓN**

NOMBRES Y APELLIDOS:

RUT  :

EDAD   AÑOS

FECHA DE  
NACIMIENTO  
dd/mmm/aaaa

SEXO: F  M

**III. OTROS ANTECEDENTES PERSONALES**

Nº DE TOTAL DE  
HIJOS

Nº DE HIJOS  
MENORES DE 18 AÑOS

**IV. DOMICILIO**

<i>Calle</i>	<i>Villa o Población</i>	<i>Número</i>
--------------	--------------------------	---------------

<i>Ciudad</i>	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>
---------------	---------------	---------------

<i>Teléfono</i>	<i>Teléfono(celular)</i>	<i>Correo Electrónico</i>
-----------------	--------------------------	---------------------------

**V. SITUACIÓN DE VIVIENDA**

Propia  Arrenda  Allegado(  
da  a)  Sin casa

**VI. PREVISIÓN SALUD**

Fonasa  Isapre

**VII. PREVISIÓN SOCIAL**

AFP  IPS

### VIII. NIVEL EDUCACIONAL

SIN EDUCACIÓN  
BÁSICA INCOMPLETA  
BÁSICA COMPLETA  
MEDIA INCOMPLETA  
MEDIA COMPLETA  
MEDIA INCOMPLETA  
MEDIA COMPLETA  
TÉCNICO PROFESIONAL  
INCOMPLETA  
TÉCNICO PROFESIONAL  
SUPERIOR INCOMPLETA  
SUPERIOR COMPLETA


### IX. SITUACIÓN LABORAL (trabajos realizados de manera previa al ingreso al programa)

Experiencia Laboral

Si  No

De poseer Experiencia Laboral especificar:

Tiempo de experiencia  
laboral  .....  
 (meses/años)

De poseer experiencia laboral, indicar algunos de los últimos trabajos realizados, señalando el cargo que desempeñó y su duración (antes de ingresar al programa):

<i>Cargo desempeñado</i>	<i>Duración (meses, años)</i>	<i>Lugar de Trabajo</i>

Licencia de Conducir:

NO

SI  CLASE

**Nivel uso computador:**

Ninguno


Básico

Medio

Avanzado

Nombre	Responsable	Elaboración	del	
Diagnóstico				
Cargo/Función	del	Responsable		
Elaboración del Diagnóstico				
Firma				
Fecha				

**I. En cuanto a su realidad personal/familiar:**

- ❖ Presenta algún diagnóstico de salud física: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI su respuesta ¿Cuáles serían estos diagnósticos?  
\_\_\_\_\_
- ❖ Presenta algún diagnóstico de salud mental: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI su respuesta ¿Cuáles serían estos diagnósticos?  
\_\_\_\_\_
- ❖ Recibe atención/tratamiento por estos diagnósticos: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI su respuesta ¿Dónde es atendida?  
\_\_\_\_\_
- ❖ Se encuentra estudiando: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI su respuesta ¿Dónde está cursando estudios y cuál es su carrera?  
\_\_\_\_\_
- ❖ Cuenta con redes de apoyo: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI su respuesta ¿Cuáles serían estas redes? (ej. amigo/a, hermano/a, pareja, vecina/o)  
\_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR****a. En las siguientes opciones señale el número:**

- ❖ Número de personas que conforman su grupo familiar: \_\_\_\_\_
- ❖ Cuántas personas del grupo familiar son menores de 14 años y se encuentran a su cargo: \_\_\_\_\_ (hijo/a, nieto/a)

**b. En las opciones que se presentan a continuación marcar con una X**

- ❖ Algunas de las personas que conforman su grupo familiar presenta un diagnóstico de salud: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI, cuál es su diagnóstico:

- 
- 
- ❖ Algunas de las personas que conforman su grupo familiar requieren de cuidados de manera permanente: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI, cuál es su parentesco (cónyuge, hijo/a, mamá/papá u otro):
- 

- ❖ Algunas de las personas que conforman su grupo familiar presenta un tipo de discapacidad SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI de qué tipo (físico, mental, sensorial u otro)  
(mencionar) \_\_\_\_\_
- 

#### I. INFORMACIÓN LABORAL

Empleador	
Función que desempeña	
Lugar de trabajo	
Dirección	
Comuna	

Usted pertenece a un sindicato: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , de ser SI quién es su dirigente

---

**TIMBRE INSTITUCIÓN:**

**ANEXO N° 3**  
**DECLARACIÓN JURADA**

Yo \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Comuna de \_\_\_\_\_, Región \_\_\_\_\_, en representación de \_\_\_\_\_, declara bajo juramento que:

- a. Ha leído y revisado las presentes Bases Administrativas y Técnicas; tomado conocimiento de las mismas, así como de las consultas efectuadas y sus aclaraciones, aceptando todas éstas íntegramente y sin reparo alguno.
- b. No posee entre sus trabajadores(as) a personas que sean, además, funcionarios(as) dependientes del Estado o contratados a honorarios por el mismo.
- c. No posee entre sus socios, representantes legales o dependientes rentados ya sea en calidad de honorarios o contrato de trabajo a personas que tengan la calidad de beneficiarios(as) del programa.
- d. No posee entre sus propietarios, socios, representantes legales o dependientes, a personas que sean cónyuges o tengan relación de parentesco hasta el tercer grado inclusive con los(as) beneficiarios(as) del programa.
- e. Que no se ha puesto término a ningún convenio celebrado con el fisco por incumplimiento u otra causal, y no tener litigios pendientes con algún órgano de la Administración del Estado, tanto en relación con el Postulante como a su representante legal.
- f. No ha sido condenado por prácticas antisindicales y/o vulneración de derechos fundamentales de los trabajadores mediante, sentencia firme y Ejecutoriada, en los últimos dos años, tanto respecto del Postulante como su representante legal.
- g. Disponer de oficinas habilitadas para la correcta ejecución del programa en la provincia o comuna de postulación de cada propuesta presentada, conforme a lo exigido en la letra f) del numeral 5.1 precedente.
- h. Considera el Reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo de los beneficiarios. (Decreto N° 594, de 29 de abril de 2000, del Ministerio de Salud).
- i. No mantiene litigios pendientes con el Estado o instituciones públicas.
- j. No son propietarios, socios y/o representantes legales de la institución (unidad ejecutora) personas que se encuentren actualmente ejerciendo cargos de elección popular de conformidad a la legislación vigente o ejercieron dichos cargos dentro de los veinticuatro meses anteriores a la fecha de postulación del presente concurso público.

Firma \_\_\_\_\_ de 2025