

- 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

ANEXO	CONTENIDO
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 ²			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
	Tomé			574	574
Arauco	Arauco			131	131
	Cañete	1		501	502
	Contulmo			62	62
	Curanilahue			1.444	1.444
	Lebu			435	435
	Los Álamos	1		477	478
	Tirúa	2		121	123
Biobío	Alto Biobío			16	16
	Cabrero		1	22	23
	Laja		2	9	11
	Mulchén			10	10
	Yumbel			24	24
Total Biobío		12	4	8.419	8.435

² 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	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	EDAD <div></div> <div></div> AÑOS
:		
FECHA DE NACIMIENTO	<div></div> <div></div> <div></div>	SEXO: F <div></div> M <div></div>
dd/mmm/aaaa		

III. OTROS ANTECEDENTES PERSONALES

N° DE TOTAL DE HIJOS	<div></div>
N° DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS	<div></div>

IV. DOMICILIO

Calle	Villa o Población	Número
Ciudad	Comuna	Región
Teléfono	Teléfono(celular)	Correo Electrónico

V. SITUACIÓN DE VIVIENDA

Propia	<div></div>	Arrendada	<div></div>	Allegado(a)	<div></div>	Sin casa	<div></div>
--------	-------------	-----------	-------------	-------------	-------------	----------	-------------

VI. PREVISIÓN SALUD

Fonasa	<div></div>	Isapre	<div></div>
--------	-------------	--------	-------------

VII. PREVISIÓN SOCIAL

AFP	<div></div>	IPS	<div></div>
-----	-------------	-----	-------------

VIII. NIVEL EDUCACIONAL

SIN EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/>
BÁSICA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
BÁSICA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
MEDIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
MEDIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
MEDIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
MEDIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
TÉCNICO PROFESIONAL INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
TÉCNICO PROFESIONAL SUPERIOR INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR COMPLETA	<input type="checkbox"/>

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
N° _____ con domicilio en
_____ N° _____
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