

Para la ejecución del Programa, la institución seleccionada deberá contar como mínimo con la infraestructura y equipamiento que se detalla a continuación, la cual deberá singularizarse detalladamente en su propuesta; en caso contrario y de ser seleccionado, el no contar con lo ofertado, puede originar la aplicación de una multa en los términos dispuestos en las presentes bases:

- a. Oficina para tareas administrativas, de archivo y documentación
- b. Sala de espera y espacios de circulación
- c. Lugar de reunión para la atención exclusiva de los beneficiarios(as)
- d. Baño
- e. Condiciones de luz
- f. Condiciones de seguridad
- g. Vías de escape
- h. Ventilación
- i. Extintores
- j. Al menos dos computadores conectados a Internet e impresora

Por otro lado, la infraestructura debe cumplir con las siguientes características: condiciones de seguridad aceptables, aseguramiento de la equidad de género, vías de escape, espacio para la atención de beneficiarios(as), condiciones de luz, ventilación y extintores. Se deberá tener en consideración, además, lo dispuesto en el Decreto 47 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, respecto a la accesibilidad de personas con discapacidad.

La infraestructura antes señalada, deberá ubicarse preferentemente en un primer piso, en caso de ser un edificio. En caso de no ser posible, el edificio deberá contar con al menos un ascensor, a fin de facilitar el acceso de los beneficiarios(as). Además, se deberá preferir lugares que se encuentren territorialmente cercanos a los(as) beneficiarios(as), evitándoles así gastos innecesarios asociados a traslados.

21.2. Información de Beneficiarios (as)

El Ejecutor tendrá la obligación de completar todos los campos del formulario de ingreso de beneficiarios(as), disponible en el sistema de ProEmpleo, y deberá entregar toda la información adicional que la Delegación Presidencial Regional del Biobío solicite en los formatos establecidos, como asimismo deberá respaldar la información solicitada, que además deberá ser archivada en las carpetas físicas y digitales individuales de cada beneficiario(a). La institución deberá disponer de las mismas carpetas para los procesos de fiscalización, tanto de la Delegación Presidencial Regional del Biobío como de otras instituciones, la que deberá mantener a disposición de la Delegación al menos por 3 años, concluida la ejecución, estos documentos son:

- a. Documentación que acredite el cumplimiento de requisitos de acceso al programa por cada beneficiario(a), de acuerdo con lo establecido en el numeral 14 de las presentes bases administrativas y técnicas.
- 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				
	Concepción				
	Coronel ²			100	100
	Florida				
	Hualpén				
	Lota			707	707
	Penco			91	91
	San Pedro de la Paz				
	Santa Juana				
	Talcahuano			458	458
	Tomé				
Arauco	Arauco				
	Cañete				
	Contulmo				
	Curanilahue			346	346
	Lebu				
	Los Álamos				
	Tirúa				
Biobío	Alto Biobío			16	16
	Cabrero				
	Laja			11	11
	Mulchén			10	10
	Yumbel				
Total Biobío				1.739	1.739

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 :

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(a) Sin casa

VI. PREVISIÓN SALUD

Fonasa Isapre

VII. PREVISIÓN SOCIAL

AFP IPS

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	<input type="checkbox"/>
INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
TÉCNICO PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>
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: