**ANEXO N°1**

**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA 2022 – 2023**

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

1. **ANTECEDENTES DEL OFERENTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución Responsable – Giro comercial** | | | | **R.U.T.** |
| **Dirección (calle, número, depto.)** | | | **Comuna** | **Región** |
| **Teléfono** | **Fax** | **N° de Personalidad Jurídica** | **Correo Electrónico** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Representante Legal** | | | **R.U.T.** |
| **Dirección (calle, número, depto.)** | | **Comuna** | **Región** |
| **Teléfono** | **Fax** | **Correo Electrónico** | |

**CUENTA CORRIENTE BANCARIA DE LA INSTITUCIÓN (para el depósito de los recursos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Banco** |  | |
| **Nº De Cuenta** |  | |
| **Tipo De Cuenta** | **Corriente** | **Ahorro** |
|  |  |
| **Certificado De Vigencia** |  | |

1. **EQUIPO DIRECTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **CARGO O FUNCIÓN** |
|  |  |
|  |  |

**3. MARCO CONCEPTUAL**

|  |
| --- |
| Describir en forma sucinta el marco o los supuestos teóricos que sustenta el Programa, señalando los factores identificados como influyentes sobre la problemática. Se debe incluir la bibliografía en la cual está basado el marco teórico utilizado en la propuesta. **Esta sección no debe exceder las 2 planas, excluyendo la bibliografía.** |
|  |

**4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO GENERAL** | | | |
|  | | | |
| **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | **PRODUCTOS ESPERADOS** | **INDICADOR** | **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5. METODOLOGÍA**

|  |
| --- |
| Describa de qué manera se desarrollará la intervención para lograr los objetivos, considerando las 2 etapas de implementación:   1. Equipamiento y gestión para obtención de autorización sanitaria 2. Conformación de equipo y funcionamiento del programa.   En referencia a la etapa 2, debe contener como elementos mínimos la metodología asociada a los procesos de atención de las niñas y adolescentes, incluyendo recepción, evaluación inicial y confirmación diagnóstica, evaluación integral, elaboración e implementación de PTI, preparación para el egreso y seguimiento. Debe describir brevemente el tipo de intervenciones con las usuarias y sus familias, acciones de rescate y coordinación intersectorial**. Máx. 3 planas.** |
|  |

* + 1. **PROGRAMA DE CUIDADO DE EQUIPO**

|  |
| --- |
| Describa de qué manera se realizará el cuidado de equipo. Se espera que, al menos, se desarrollen los siguientes ámbitos:   * Objetivos; * Sesiones estructuradas para 1 año, distintas a actividades recreativas; * Desarrollo de estrategias para favorecer el cuidado del equipo que consideren los ámbitos de: la persona del terapeuta, equipo y la organización; * Que contenga alguna actividad recreativa.   **Máximo 2 planas.** |
|  |

* + 1. **PROGRAMA DE FORMACIÓN DE EQUIPO**

|  |
| --- |
| Describa de qué manera se realizará la inducción y formación del equipo. Se espera que, al menos, se desarrollen los siguientes ámbitos:   * Procedimiento definido para el proceso de inducción al cargo y formación de nuevos profesionales u técnicos que se integran al equipo: metodología, responsables y plazos; * Procedimiento definido para la detección de necesidades de formación del equipo: metodología, responsables y periodicidad; * Descripción de, al menos, dos actividades de formación que la institución realizará en el período de duración del contrato: breve descripción de cada una y fecha estimada de realización.   **Máximo 2 planas.** |
|  |

* + 1. **ACTIVIDADES DEL PROGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad Nº** |  | |
| **Nombre de la Actividad** |  | |
| **Descripción y metodología de la Actividad** | | |
|  | | |
| **LUGAR**  espacio físico en que se va a desarrollar | **DURACIÓN**  en semanas o meses | **FRECUENCIA**  cuantas veces al día/semana/mes |
|  |  |  |
| **RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD** | | |
| Gastos Operacionales | | |
|  | | |
| Gastos asociados a actividades | | |
|  | | |
| Equipamiento | | |
|  | | |
| Recurso Humano | | |
|  | | |

\*\*Repetir cuadros según se requiera

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA**

**Año 2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD** | **MES 1** | **MES 2** | **MES 3** | **MES 4** | **MES 5** | **MES 6** | **MES 7** | **MES 8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Año 2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD** | **MES 1** | **MES 2** | **MES 3** | **MES 4** | **MES 5** | **MES 6** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **PROPUESTA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

|  |
| --- |
| El programa deberá describir los procedimientos e indicadores que utilizará para la evaluación de cumplimiento de acciones comprometidas y la evaluación de resultados sobre las variables que se propuso intervenir, considerando lo establecido en las bases del concurso.  **Máximo 2 planas.** |
|  |

* + 1. **RECURSOS HUMANOS**

En los cuadros a continuación se deben señalar las horas cronológicas semanales comprometidas por el oferente para cada integrante del equipo que permitirán la ejecución del programa.

**Cuadro 1: Coordinador Técnico del programa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo** | **Profesión** | **Cantidad de horas destinadas exclusivamente a la coordinación del programa** |
|  |  |  |

**Cuadro 2: Equipo clínico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profesión** | **Cargo que desempeñará en el programa** | **Cantidad de horas destinadas al programa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**9. CURRICULUM VITAE DE COORDINADOR TÉCNICO**

1**.- ANTECEDENTES PERSONALES.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |
| **Nombres** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaración de participación en el Programa** | |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro mi voluntad para participar en el programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas de la Institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el cargo de Coordinador /Director técnico. | |
| **Firma** | **Fecha** |
|  |  |

**2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS**

|  |
| --- |
| **TITULO** |
|  |
| **UNIVERSIDAD** |
|  |
| **FECHA DE TITULACION (día - mes- año)** |
|  |

**Debe adjuntar certificado de título.**

**3.- EXPERIENCIA LABORAL COMO COORDINADOR DE EQUIPOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGO O FUNCIÓN \*** | |
|  | |
| **INSTITUCIÓN** | |
|  | |
| **DATOS DE CONTACTO DE REFERENTE EN INSTITUCIÓN (Señalar nombre y también teléfono o correo electrónico)** | |
|  | |
| **UNIDAD DE DESEMPEÑO** | |
|  | |
| **FECHA DE INGRESO (día - mes- año)** | **FECHA DE TERMINO (día - mes- año)** |
|  |  |
| **PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)** | |
|  | |

(\*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario

**4.- EXPERIENCIA LABORAL EN ATENCIÓN DIRECTA EN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DIRIGIDOS A NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGO O FUNCIÓN \*** | |
|  | |
| **INSTITUCIÓN** | |
|  | |
| **DATOS DE CONTACTO DE REFERENTE EN INSTITUCIÓN (Señalar nombre y también teléfono o correo electrónico)** | |
|  | |
| **UNIDAD DE DESEMPEÑO** | |
|  | |
| **FECHA DE INGRESO (día - mes- año)** | **FECHA DE TERMINO (día - mes- año)** |
|  |  |
| **PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)** | |
|  | |

(\*) Repetir tablas cuantas veces sea necesario

**10. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL**

**CURRÍCULO INSTITUCIONAL**

**IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL |  |
| RUT |  |

**EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y/O ALCOHOL**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROYECTO O PROGRAMA** |  |
| **MES Y AÑO DE INICIO EJECUCIÓN** |  |
| **MES Y AÑO DE TERMINO EJECUCIÓN** |  |
| **TIPO DE POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO EL PROGRAMA** |  |
| **OBSERVACIONES** |  |

\*Repetir recuadro cuantas veces sea necesario