****

**Formulario para la Presentación de Programa de Orientación Sociolaboral (OSL)**

**CONVOCATORIA 2025-2026**

**1.- IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** | Programa de Orientación Sociolaboral |
| **ÁREA TEMÁTICA** |  |
| **DURACIÓN DEL PROGRAMA** | 14 MESES. |
| **UNIDADES DE ORIENTACIÓN CONVENIDAS** (Indicar el total requerido en Bases Técnicas por Región) |  |

**2.- LOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **REGIÓN** |  |
| **DIRECCIÓN** |  |

**3.- IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** |  |
| **RUT** |  |
| **DIRECCIÓN** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **PERSONALIDAD JURÍDICA** |  |

**4.- IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **RUT** |  |
| **DIRECCIÓN** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **E-MAIL** |  |

**5.- CUENTA CORRIENTE BANCARIA DE LA INSTITUCIÓN (Para el depósito de los recursos)**

|  |  |
| --- | --- |
| **BANCO** |  |
| **N° DE LA CUENTA** |  |
| **TIPO DE CUENTA** | **CORRIENTE** | **AHORRO** |
|  |  |
| **FECHA DE CERTIFICADO DE VIGENCIA** |  |

**6.- CURRÍCULO INSTITUCIONAL**

**A) Identificación de la contraparte institucional para el programa con SENDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE**  |  |
| **CARGO EN LA INSTITUCIÓN** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **E-MAIL** |  |

**B) Experiencia del oferente en proyectos y/o programas con población vulnerable** (Repetir el cuadro tantas veces como sea necesario.)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE PROYECTO O PROGRAMA** |  |
| **PERÍODO DE EJECUCIÓN** |  |
| **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** |  |
| **COBERTURA** |  |
| **DESCRIPCIÓN** |  |

**c) Experiencia en proyectos y/o programas de empleo, empleabilidad, emprendimiento o formación de capital humano.** (Repetir el cuadro tantas veces como sea necesario.)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE PROYECTO O PROGRAMA** |  |
| **PERÍODO DE EJECUCIÓN** |  |
| **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** |  |
| **COBERTURA** |  |
| **DESCRIPCIÓN** |  |

**7.- IDENTIFICACIÓN ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES COLABORADORAS** (deberá adjuntar cartas de compromiso o documentación que certifique estos aportes o colaboraciones)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **TIPO DE APORTE (Infraestructura, recursos humanos, equipamiento, otros)** |
|  |  |  |  |

**8.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN A INTERVENIR.** Entregar antecedentes de la región donde se desarrollará el programa, respecto de: la situación de contexto, oferta para abordar la problemática, factores que inciden en el desempleo, factores que fortalecen la orientación sociolaboral, etc. Indique siempre fuente de información y año. **Máximo 3 planas.**

|  |
| --- |
|  |

**9.- JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROGRAMA.** Según el punto anterior justifique por qué es importante ejecutar este programa y cuál es la relevancia de esta intervención para la temática de Integración Social de personas con consumo problemático de sustancias. **Máximo 1 plana.**

|  |
| --- |
|  |

**10.- MARCO CONCEPTUAL**

Describa el Marco Teórico en el que se fundamentan las intervenciones que propone realizar el programa. Debe incluir Bibliografía. **Máximo 3 planas.**

|  |
| --- |
|  |

**11.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA.**

Se espera que cada uno de los programas presentados al Fondo defina claramente cuál(es) será(n) la(s) variables(s) sobre las cuales pretende intervenir. Los Indicadores y medios de verificación deben ser consistentes con el Punto 19. Evaluación del Programa.

|  |
| --- |
| **OBJETIVO GENERAL**(Plantee un objetivo general que, de cuenta del propósito general del programa, y el cambio esperado con la intervención) |
|  |
| **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**(Plantee los objetivos específicos necesarios para dar cuenta de las diversas tareas que se desprenden del objetivo general planteado.) Cada objetivo específico deberá tener asociada una o más actividades, productos esperados y uno o más indicador(es) que den cuenta del cumplimiento de los objetivos | **PRODUCTOS ESPERADOS** | **INDICADOR** | **MEDIOS DE VERIFICACIÓN**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**12.- METODOLOGÍA.** Este apartado no debe exceder más de **5 planas**.

|  |
| --- |
| **Considere:****a) Conceptos Claves.** Describa e identifique los principales conceptos técnicos y teóricos asociados al diseño de la intervención.**b) Líneas de intervención.** Identifique y describa las principales líneas de trabajo que involucra la intervención.**c) Etapas de intervención.** Describa cada una de las etapas que involucra la intervención que propone el programa.**d) Instrumentos para la intervención.** Describa los instrumentos que desarrollará para la realización de la intervención en cada una de las etapas y explique cómo sistematizar la información contenida en ellos. Adjunte ejemplos como anexos y considere la utilización del Sistema OSL (Manual Operativo). |
|  |

**13.- ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.** (Añada cuantos cuadros sean necesarios y complete la información solicitada. Recuerde incluir las actividades que se realizarán durante los 14 meses de ejecución.)

|  |
| --- |
| **Actividad N° 1** |
| **Nombre de la actividad** |  |
| **Descripción y metodología de la actividad** |
| **Luga**r (espacio físico en que se va a desarrollar | **Duración**, en semanas o meses | **Frecuencia**, cuantas veces al día/semana/mes | **N° total de horas** dedicadas a la actividad |
|  |  |  |  |
| **RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD (indicar monto, y si corresponde a presupuesto SENDA o aporte propio)** |
| **Gastos de operación** |
|  |
| **Gastos en personal** |
|  |
| **Gastos en inversión** |
|  |
| **Gastos asociados a actividades** |
|  |
| **Gastos de habilitación**  |
|  |

**(repetir tantas veces sea necesario según cantidad de actividades propuestas)**

**14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.** Establezca las actividades que se realizarán, considerando los 14 meses de ejecución.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°**  | **Nombre de la Actividad** | **2025** | **2026** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
| **1** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **2** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **3** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **4** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **5** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **6** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **7** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **8** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **9** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **10** |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |

**(repetir tantas veces sea necesario según cantidad de actividades propuestas)**

**15.- RECURSO HUMANO.**  Describa la dotación de recurso humano que participará del programa, detallando las funciones de cada uno. Considere el Recurso Humano que será financiado por Senda y también el que No será financiado por Senda. Tenga presente que la información volcada en esta tabla se considerará a la hora de evaluar la propuesta en referencia a los CV y antecedentes laborales de cada integrante (considere el mínimo requerido, según región a la que postula, contenido en las bases técnicas)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Profesión** | **Cargo/ Función** | **N° de hrs. semanales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**16.- CURRÍCULO RECURSO HUMANO**.

**A) COORDINADOR/A DEL PROGRAMA**

|  |
| --- |
| **Datos personales** |
| **Nombre:** |  |
| **Profesión:** |  |
| **Rut:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **E-Mail** |  |
| **Estudios de pre grado** |
|  |
| **Estudios de post grado** |
|  |
| **Cursos, seminarios en los que ha participado** (relacionados al proyecto o a la experiencia declarada) |
|  |
| **Años de Experiencia en Coordinación de proyectos.** (especificar en número cantidad de años y meses en cada cargo y si tuvo equipos de trabajo a cargo) |
|  |
| **Detalle la Experiencia en Coordinación de proyectos.** (explicite cargo, funciones y dónde ejerció este cargo) |
|  |
| **Años de experiencia en ejecución de programas con población vulnerable.** (especificar en número cantidad de años y meses en cada cargo) |
|  |
| **Detalle la experiencia en ejecución de programas con población vulnerable** (explicite cargo, funciones y dónde ejerció este cargo) |
|  |
| **Años de experiencia en ejecución de programas de empleo, empleabilidad, emprendimiento o formación de capital humano.** (especificar cantidad de años y meses en cada cargo) |
|  |
| **Detalle de la experiencia en ejecución de programas de empleo, empleabilidad, emprendimiento o formación de capital humano.** (explicite cargo, funciones y dónde ejerció dicho cargo) |
|  |

**B) PREPARADOR/A LABORAL (PROFESIONALES DE INTERVENCIÓN DIRECTA CON PERSONAS USUARIAS)** (Repetir el recuadro cuantas veces sea necesario)

|  |
| --- |
| **Datos personales** |
| **Nombre:** |  |
| **Profesión:** |  |
| **Rut:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **E-Mail** |  |
| **Estudios de pre grado** |
|  |
| **Estudios de post grado** |
|  |
| **Cursos, seminarios en los que ha participado** (relacionados al proyecto o a la experiencia declarada) |
|  |
| **Años de experiencia en ejecución de programas con población vulnerable.** (declare en números la cantidad de años y meses que ha ejercido este tipo de trabajos) |
|  |
| **Detalle de la experiencia en la ejecución de programas con población Vulnerable** (Detalle cargo, funciones y dónde realizó los trabajos relacionados a población vulnerable) |
|  |
| **Años de experiencia en ejecución de programas de empleo, empleabilidad, emprendimiento o formación de capital humano.** (declare en números la cantidad de años y meses que ha ejercido este tipo de trabajos) |
|  |
| **Detalle de la experiencia en ejecución de programas de empleo, empleabilidad, emprendimiento o formación de capital humano** (Detalle cargo, funciones y dónde realizó los trabajos relacionados a empleo, empleabilidad, emprendimiento o formación de capital humano) |
|  |

**17.- ANTECEDENTES CURRÍCULO RECURSO HUMANO.**

Adjuntar en este apartado la documentación que se solicita de respaldo, para todo el RRHH propuesto para ejecutar el programa (según punto 15 y 16). No se evaluarán antecedentes curriculares que no presenten esta documentación.

- Currículum

- Copia simple de Certificado de título.

- Copia simple de certificación de experiencia formativa.

- Carta de aceptación de participación en el programa firmada por cada persona declarada en el RRHH.

**18.- INFRAESTRUCTURA. (Considerar el mínimo requerido en las bases técnicas)**

|  |
| --- |
| **a) Disponibilidad de infraestructura** |
| **Región** | **Cuenta con Oficina Central.** (Responder sí o no) | **Dirección** |
| (Especificar aquí la **región** a la que postula) |  |  |
| **Comuna** | **Cuenta con oficinas o sedes complementarias.** (Responder sí o no) | **Dirección** |
| (Especificar aquí la **Provincia/Comuna** en la que contará con Infraestructura) |  |  |
| (Especificar aquí la **Provincia/Comuna** en la que contará con Infraestructura) |  |  |
| (Especificar aquí la **Provincia/Comuna** en la que contará con Infraestructura) |  |  |

|  |
| --- |
| **b) Calidad de la oficina central**  |
| **Región** | **Dispone de:** | **Sí** | **No** |
|  | 2 salas o boxes individuales\* |  |  |
| 1 oficina o espacio de trabajo para el equipo\* |  |  |
| 1 baño disponible para la utilización de las personas usuarias\* |  |  |
| 1 Sala de espera\* |  |  |
| 1 sala de atención grupal\*  |  |  |
| **Infraestructura extra** |  |  |
| 1 kitchenette para el equipo |  |  |
| Espacio ambientado para la espera de niños/as |  |  |
| Otro baño adicional |  |  |
| Bodega de uso exclusivo para el programa |  |  |
| Otras. ¿Cuáles? |  |  |
| **c) Calidad de las oficina complementaria** |
| **Provincia/Comuna** | **Dispone de:** | **Sí** | **No** |
| (REPETIR ESTE CUADRO CUANTAS VECES SEA NECESARIO SEGÚN OFICINAS O SEDES COMPLEMENTARIAS QUE SE TENGAN) | Uso exclusivo para la ejecución de OSL |  | SI RESPONDE NO y se trata de una oficina o sede compartida con otra institución colaboradora, debe presentar una carta de compromiso de uso del espacio físico especificando la disponibilidad de su uso considerando los 2 años de ejecución (horario, condiciones, etc.) |
| 1 sala o box individual\* |  |  |
| 1 Espacio de trabajo para el equipo\* |  |  |
| 1 baño disponible para la utilización de las personas usuarias\* |  |  |
| **Infraestructura extra.**  |  |  |
| 1 espacio de espera |  |  |
|  | Otro Baño |  |  |
|  | Otra sala o box de atención individual |  |  |
|  | Otras ¿Cuáles? |  |  |

\*El cumplimiento de estos elementos por sí solos para la sede central y sede complementaria es categorizado como infraestructura mínima.

**Criterios de ubicación de la Oficina Central:** Marque con una X en la columna SI o NO, según corresponda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterio de Ubicación Sede Central** | **SI** | **NO** |
| a.       La Sede Central se encuentra ubicada en un lugar accesible para la asistencia presencial de las personas participantes. |   |   |
| b.       La Sede Central cuenta con infraestructura que facilita el acceso de personas con dificultades de movilidad (aquellas oficinas que están en edificios cuentan con ascensor; oficinas en primer piso cuentan con rampa de acceso). |   |   |
| c.       La Sede Central se encuentra a no más de 5 cuadras de avenidas principales o estaciones de metro, que permitan la conectividad. |   |   |
| d.       La Sede Central se ubica a no más de 30 minutos de locomoción colectiva, de los polos de servicios comunales asociados a la red del dispositivo (Municipio, OMIL, servicios asociados a la empleabilidad, Registro Civil, etc.) |   |   |
| e.       La ubicación de la Sede Central cuenta con un adecuado nivel de seguridad ciudadana (no se evidencian incivilidades, delitos violentos, micro tráfico, trafico, etc.) |   |   |

**Equipamiento que se considera en el proyecto:** Marque con una X si la Propuesta considera cada equipamiento básico y/o complementario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPAMIENTO** | **A. Mobiliario** | **SI X** | **NO****X** | **B. Electrónica** | **SI X** | **NO****X** | **C. Otros Generales** | **SI****X** | **NO****X** |
| **I) BASICO****(Estándar mínimo se****debe comprometer****todos los elementos)** | Escritorios equipo\* |   |  | Computadores para equipo |   |  | Hervidor eléctrico |  |  |
| Sillas de escritorios |   |  | Cámaras para Computadores |   |  | Juego de Menaje (vasos, tazas, platos de servilleta) |  |  |
| Sillas Sala Grupal |   |  |  Impresora conescáner oimpresora yescáner |   |  | Cuchillería |  |  |
| Mesa reuniones |   |  |  Teléfono osistema decomunicación |   |  | Estufa (gas, eléctrica) |  |  |
| Mueble tipo cajonera y/o estantes |   |  |  Red de altavelocidad |   |  | Ventilador |  |  |
| Cortinas para Ventanas |   |  |   |   |  |  Material de Aseo |  |  |
| Pizarra |   |  |   |   |  |   |  |  |
| Sillas sala de espera |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pendón Institucional |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EQUIPAMIENTO** | **A. Mobiliario** |  |  | **B. Electrónica** |  |  | **C. Otros Generales** |  |  |
| **II.EXTRA****(Para asignación de****mejor puntaje debe****comprometer el****número de****equipamiento extra****solicitado al final de la****columna)** | Sillón Sala de Espera |   |  | 1 Computador para participantes |   |  | Termo Agua |  |  |
| Caja de seguridad |   |  | 1 Tablet participantes |   |  | Frigo bar |  |  |
| Lámparas |   |  |  Celulares equipo |   |  | Aspiradora |  |  |
|  Kárdex con llave |   |  |  Proyector |   |  |  Dispensador de Agua |  |  |
|  Elementos de decoración (cuadros,difusor dearoma, plantas,entre otros) |   |  |  Pantalla para Proyector |   |  |  Aire acondicionado |  |  |
|  |  |  | Repetidores de Red |  |  | Estufas adicionales |  |  |
|  |  |  | Auriculares con micrófono |  |  | Ventilador adicional |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Cafetera |  |  |
|  **(al menos 2)** |   |  |  **(al menos 3)** |   |  |  **(al menos 3)** |  |  |

\*Deben existir escritorios suficientes o puntos de trabajo para los preparadores y coordinador/a que aseguren el desarrollo de sus funciones presenciales.

**19.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.**

El programa deberá considerar los mecanismos de evaluación de las acciones propuestas, así como la evaluación de resultados e impacto sobre las variables que se propuso intervenir. Se debe consignar también los tiempos de evaluación y el mecanismo por el cual se dará cuenta de éstos.  **Máximo 2 planas.**

**(Considerar al menos los Indicadores de gestión, resultados y calidad, señalados en las bases técnicas)**

|  |
| --- |
|  |

**20.- PRESUPUESTO**

Planilla Excel adjunta. (Debe presentarse en conjunto con este formulario, puesto que es parte integrante del mismo)