## ANEXO N°4

**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EXPERIENCIA REGIONAL DEL OFERENTE CURSOS EXTERNOS**

Quien suscribe, certifica que (indicar nombre razón social), Rut XX.XXX.XXX-X ha ejecutado los siguientes cursos de capacitación para la (indicar nombre de la empresa o institución), con las siguientes características:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Capacitación** | **Nombre Capacitación** | **N° Horas** | **Región de ejecución** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Término** |
|  |  |  |  |  |  |

Se extiende el presente certificado, a solicitud de (indicar nombre razón social), Rut XX.XXX.XXX-X para los fines de acreditar experiencia en ejecución de cursos, antecedente que servirá de base para evaluar su postulación al Primer Concurso del Programa de Reconversión Laboral, año 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN |  |
| RUT EMPRESA/INSTITUCIÓN |  |
| NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA |  |
| RUT DE QUIEN CERTIFICA |  |
| CARGO DE QUIEN CERTIFICA |  |
| FIRMA DE QUIEN CERTIFICA |  |
| TIMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA |  |

Fecha,

Nota:

* No se considerarán válidos otro tipo de formato a utilizar
* Debe completar todos los campos solicitados, de lo contrario será considerado como anexo anulado.
* Debe considerar un curso por cada celda, independiente si lo ejecutó más de una vez, de lo contrario será considerado de manera única.

## ANEXO N° 4.1

## DECLARACION JURADA DE EXPERIENCIA REGIONAL DEL OFERENTE

Quien suscribe, don/ña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N°…………………, Coordinador Académico y/o Representante Legal de “ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, Rol Único Tributario Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comuna, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Región de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara en forma juramentada que al organismo al cual representa ha ejecutado los siguientes cursos, diplomados, magísteres y/o seminarios de capacitación con las siguientes características:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Capacitación** | **Nombre Capacitación** | **N° horas****cronológicas** | **Región de ejecución** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Término** |
|  |  |  |  |  |  |

Se extiende el presente documento para los fines de acreditar experiencia en ejecución de cursos, antecedente que servirá de base para evaluar su postulación al Primer Concurso del Programa de Reconversión Laboral, año 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA |  |
| RUT DE QUIEN CERTIFICA |  |
| CARGO DE QUIEN CERTIFICA |  |
| FIRMA DE QUIEN CERTIFICA |  |
| TIMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACION SUPERIOR |  |

Fecha,

Nota:

* No se considerarán válidos otro tipo de formato a utilizar
* Debe completar todos los campos solicitados, de lo contrario será considerado como anexo anulado.
* Debe considerar un curso por cada celda independiente si lo ejecutó más de una vez, de lo contrario será considerado de manera única.
* El nombre y tipo de capacitación declarado en este documento no debe ser idéntico al Nombre de Curso indicado en el Anexo N° 4, de lo contrario no será contabilizado.

## ANEXO N° 5

**COMPROMISO DE INFRAESTRUCTURA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE PLAN FORMATIVO |  |
| CUPOS DEL PLAN FORMATIVO |  |
| NOMBRE DE INSTITUCIÓN QUE PRESENTA EL PLAN FORMATIVO |  |
| NOMBRE DE LA EMPRESA O INSTITUCION QUE COMPROMETE INFRAESTRCTURA |  |

A través del presente documento, …………………………. (nombre R. Legal), Representante Legal de “……………………….”………………………………………………………………………………………………, RUT……………………., Ubicada en (dirección, comuna, región) …………………………………………….., declara contar con capacidad para atender un número de …………. participantes del curso …………………………………………, del Programa de Reconversión Laboral, año 2019, para que realicen tanto la fase lectiva en aula, como la práctica en taller (según corresponda). Ambas instalaciones se encuentran en nuestras dependencias, en la misma dirección.

Para efectos de lo anterior, comparece en el presente compromiso, don/ña………………………., cédula de identidad N°………………….., Representante Legal de la entidad / empresa “………………………………” RUT N°…………….., ambos domiciliados en……………….., comuna de………………….. ciudad de……………………... quien compromete la infraestructura por un periodo de …………… (Indicar meses o años), contados a partir del otorgamiento del presente instrumento.

Las características técnicas del inmueble son:

1.-

2.-

3.-

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Firma y timbre** **Representante legal****Oferente** | **Firma y timbre** **Representante legal****Empresa o Institución que Compromete arriendo** |

Fecha de otorgamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_2019

## ANEXO N° 6

**RECONOCIMIENTO EN UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**RESULTADO DEL PROCESO DE RECONOCIMIENTO**

**PLAN FORMATIVO CON UNA CARRERA, MAGISTER O DIPLOMADO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

NOMBRE PLAN FORMATIVO:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN QUE EJECUTA EL PLAN FORMATIVO:

NOMBRE DE CARRERA, MAGISTER Y/O DIPLOMADO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR QUE DICTA LA CARRERA, MAGISTER Y/O DIPLOMADO DE EDUCACION SUPERIOR:

FECHA DE VIGENCIA DE RECONOCIMIENTO CON LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR QUE DICTA LA CARRERA, MAGISTER Y/O DIPLOMADO DE EDUCACION SUPERIOR:

MECANISMO DE RECONOCIMIENTO

Marque con una X el Mecanismo de Reconocimiento Establecido entre ambas instituciones.

|  |  |
| --- | --- |
| Convalidación de Módulos |  |
| Validación de Módulos |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MÓDULOS DEL PLAN FORMATIVO QUE SERÁN RECONOCIDOS (COLUMNA A)Indicar nombre del módulo, tipo (técnico o transversal), cantidad de horas. | ASIGNATURA QUE RECONOCE (COLUMNA B)Indicar nombre de asignatura, semestre en el que se ejecuta, cantidad de horas. |
| Nombre módulo:Tipo:Cantidad de horas: | Nombre asignatura:Semestre:Cantidad de horas: |
| Nombre módulo:Tipo:Cantidad de horas: | Nombre asignatura:Semestre:Cantidad de horas: |
| Nombre módulo:Tipo:Cantidad de horas: | Nombre asignatura:Semestre:Cantidad de horas: |
| Nombre módulo:Tipo:Cantidad de horas: | Nombre asignatura:Semestre:Cantidad de horas: |
| Nombre módulo:Tipo:Cantidad de horas: | Nombre asignatura:Semestre:Cantidad de horas: |
| Nombre módulo:Tipo:Cantidad de horas: | Nombre asignatura:Semestre:Cantidad de horas: |

Nota: considerar horas cronológicas

A través del presente documento se establece el compromiso de llevar a cabo el reconocimiento entre ambas instituciones. En el caso de que el oferente sea una Institución de Educación Superior el documento puede ser firmado por la misma persona como ejecutor y como IES.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| FirmaRepresentante legal y/o Coordinador AcadémicoEjecutor Plan Formativo | FirmaRepresentante legal y/o Coordinador AcadémicoInstitución de Educación Superior |

DATOS DE CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE CONTACTO:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

## ANEXO N° 7

**“DECLARACIÓN JURADA LEY N°20.393”**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Representante Legal de “ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, Rol Único Tributario Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comuna, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Región de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara en forma juramentada que al organismo al cual representa no se encuentra impedido de celebrar actos y contratos con organismos del Estado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 10 de la Ley N°20.393 que “Establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho que indica”.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

FECHA \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

## ANEXO N° 8

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

**PERSONA JURÍDICA**

**Señores**

**SENCE**

**Presente**

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CÉDULA DE IDENTIDAD | ESTADO CIVIL | PROFESIÓN U OFICIO |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| DOMICILIO COMERCIAL |
|  |

En representación de la empresa:

|  |  |
| --- | --- |
| RAZÓN SOCIAL | RUT |
|  |  |

Declaro bajo juramento que la empresa que represento no incurre en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades que a continuación se señalan:

1. Haber sido condenada por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador, dentro de los 2 años anteriores.
2. Tratarse de una persona jurídica de la que formen parte funcionarios directivos del SENCE, o personas que tengan la calidad de cónyuge, hijo, adoptado, o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, respecto de un directivo del SENCE.
3. Tratarse de una sociedad anónima abierta en que un funcionario directivo del SENCE, o personas que tengan la calidad de cónyuge, hijo, adoptado, o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, respecto de uno de dichos directivos, sea dueño de acciones que representen el 10% o más del capital, ni con los gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

## ANEXO N° 9

***Informe de trabajadores, incluidas las personas que están en calidad de honorarios, que se desempeñarán en la ejecución del programa***

*Dando cumplimiento a la obligación establecida en las Bases que regulan el programa Reconversión Laboral año 2019, a continuación paso a detallar a los trabajadores/as, incluidas las personas a honorarios que se desempeñarán en la ejecución de los cursos:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre y Apellido** | **Cédula de Identidad** | **Calidad Contractual** |
| 1 |   |   |   |
| 2 |   |   |   |
| 3 |   |   |   |
| 4 |   |   |   |
| 5 |   |   |   |
| 6 |   |   |   |
| 7 |   |   |   |
| 8 |   |   |   |
| 9 |   |   |   |
| 10 |   |   |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

FECHA \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

## ANEXO N° 10

***FORMULARIO INGRESO DE GARANTIAS***

* **ANTECEDENTES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ejecutor/Proveedor: |  |
| RUT Ejecutor/Proveedor: |  |
| Tipo de Garantía: (Boleta/Póliza/Cheque/Vale Vista-Depósito a la Vista/Certificado de Fianza Ley 20.179/Endoso) |  |
| Garantía N°: |  |
| Banco Emisor: |  |
| Monto: |  |
| Fecha de vencimiento: |  |
| Para garantizar: (Seriedad de la Oferta/Fiel Cumplimiento/Estado de Avance/Modifica/Reemplaza) |  |
| ID Licitación: |  |
| Depto. o Unidad de Sence que licita: |  |

* **EN EL CASO DE PRESENTAR GARANTÍA PARA UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| Glosa: |  |
| Programa: |  |
| Código de curso: |  |
| Año: |  |
| Línea: |  |
| Llamado: |  |
| Código Compra: |  |
| Código SIC: |  |