Estimado(a) trabajador(a) te invitamos a responder en forma completa, clara y precisa el siguiente formulario de postulación, de manera que nos permita realizar una adecuada evaluación de su iniciativa.

Es importante revisar las bases de postulación al momento de formular su iniciativa y si tiene alguna duda o consulta, se puede comunicar con el equipo de soporte al siguiente teléfono +569 49416088 o al e-mail [elabraenaccion@simondecirene.cl](mailto:elabraenaccion@simondecirene.cl)

# l. Identificación del Grupo de Trabajadores:

Solicitamos indicar los datos del Grupo de trabajadores, completando toda la información requerida.

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación del Grupo de Trabajadores** | |
| Nombre del grupo (Fantasía) |  |
| N° de personas que componen el grupo |  |
| Empresa en la que trabaja | Minera El Abra Empresa Colaboradora |
| Empresa en la que trabaja | Presidencia y Gerencia General Abastecimiento y Administración de Contratos  Beneficios  Contraloría y Finanzas Diálogo Comunitario Ingeniería y Geología Recursos Humanos Ingeniería y Servicios Medio Ambiente  Mina Proceso  Seguridad y Salud Ocupacional Superintendencia Servicios Información |
| Turno al que pertenecen | 7x7 5x2  Otro ¿cuál? |
| En el caso de empresa colaboradora, indique nombre de la Empresa |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación del Líder Grupo de Trabajadores** | |
| Nombre Completo: | RUT: |
| Estado Civil: | Profesión u oficio: |
| Cargo : | Empresa en la que trabaja: Minera El Abra  Empresa Colaboradora |
| Gerencia en la que trabajan (Marcar con una x) | Presidencia y Gerencia General Abastecimiento y Administración de Contratos  Beneficios  Contraloría y Finanzas Diálogo Comunitario Ingeniería y Geología Recursos Humanos Ingeniería y Servicios Medio Ambiente  Mina Proceso  Seguridad y Salud Ocupacional Superintendencia Servicios Información |
| Teléfono Contacto 1: | Teléfono Contacto 2: |
| Email (email que revise periódicamente ya que se enviará información relevante del concurso) |  |

# ll. Identificación de la Organización Social Beneficiada

Solicitamos indicar los datos de la organización social que apoyará el grupo de trabajadores, a través del desarrollo de este proyecto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación Organización** | |
| Nombre Completo: | RUT: |
| Fecha de Constitución: | Dirección: |
| Comuna: | Teléfono Contacto 1: |
| Teléfono Contacto 2: | Email: |
| Sitio Web (Facebook, Instagram, etc): | Horarios (días y horarios de funcionamiento): |
| Lugar en el que se desarrollará el proyecto: |  |

|  |
| --- |
| **Reseña de la organización** |
| ¿Por qué razón se constituyó? Detallar año de constitución. |
|  |

|  |
| --- |
| **Reseña de la organización** |
| ¿Cuál es la labor de la organización y a qué necesidad social está dirigida? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuáles son los principales logros que ha obtenido en los últimos años? |  |
| ¿Ha desarrollado otros proyectos?  Si la respuesta es “sí”, favor comente en qué consiste la iniciativa, sus principales logros, a quienes estuvo dirigido y año de ejecución. |  |
| ¿Cómo se financia la organización social? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación del Representante Legal de la Organización Social Beneficiada** | |
| Nombre Completo |  |
| Cédula de identidad |  |
| Estado Civil |  |
| Profesión u oficio |  |
| Cargo Institucional |  |
| Periodo del Mandato |  |
| Dirección |  |
| Comuna |  |
| Teléfono Contacto 1 |  |
| Teléfono Contacto 2 |  |
| Email |  |

# lll. Proyecto

En este ítem detalle los antecedentes del proyecto que se está postulando:

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación del Coordinador de la Organización**  (Persona que se hará cargo de la gestión del proyecto, integrante de la directiva de la organización social) | |
| Nombre Completo: | RUT: |
| Fecha de Constitución: | Dirección: |
| Comuna: | Teléfono Contacto 1: |
| Teléfono Contacto 2: |  |
| Email (email que revise periódicamente ya que se enviará información relevante del concurso) |  |

|  |
| --- |
| **Nombre del proyecto**  (Establecer un nombre que identifique en forma clara y concisa el proyecto) |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Cuál es el problema (desafío) que motivó la presentación de este proyecto?**  (Breve descripción de la necesidad o problemática a la que orientarán el proyecto) |
|  |

|  |
| --- |
| **¿En qué consiste el proyecto?**  (Detalle en forma clara cómo pretenden dar respuesta a la problemática o necesidad planteada en la pregunta anterior) |
|  |

|  |
| --- |
| **Objetivo General**  (Señale qué esperan lograr con su proyecto. Este objetivo debe ser congruente con la misión del grupo de trabajadores y de la organización social, y responder a las preguntas ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Para qué?) |
|  |

|  |
| --- |
| **Objetivos Específicos**  (Señalar al menos 2) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Temática del Proyecto**  (Marque con una X a la o las que corresponda) | |
| Medioambiente | Salud |
| Cultura y Patrimonio | Educación |
| Deporte y Recreación | Discapacidad |
| Otra ¿cuál? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de proyecto**  Marque con una X a que categoría corresponde el proyecto | | | |
| Medioambiente | Equipamiento | Insumos | Infraestructura |

|  |
| --- |
| **Una vez finalizado el proyecto**  ¿Cómo continuará la iniciativa? |
|  |

|  |
| --- |
| **¿De qué manera los integrantes del grupo de trabajadores participarán del proyecto?**  Señale las actividades en las que participará y la planificación de estas. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Actividad** | **Participantes** | **Función a desarrollar** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Financiamiento

En este ítem se deben detallar los costos del proyecto, los que deben ser respaldados con cotizaciones para obtener un presupuesto real:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especificaciones de costos monetarios** | | |
| Ítem y detalles | Proveedor | Valor (IVA incluido) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTAL | |  |

**Nota:** Ingresar máximo 10 ítems, si tiene más, le recomendamos agruparlos por proveedor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presupuesto** | | |
| **Descripción del aporte** | **Pesos** | **%** |
| Aporte total del grupo de trabajadores |  |  |
| Aporte SCM El Abra |  |  |
| Costo total del proyecto |  | 100% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cofinanciamiento** | | |
| **Descripción del aporte** | **Pesos** | **%** |
| Cofinanciamiento (aporte monetario del grupo de trabajadores) |  |  |
| Cofinanciamiento (aporte valorizado del grupo de trabajadores) |  |  |
| Monto total del cofinanciamiento |  | 100% |

|  |  |
| --- | --- |
| **Desglose Aporte Valorizado**  (Señale los recursos que dispone la organización o agrupación para la ejecución del proyecto, que no impliquen un desembolso económico, estos pueden ser materiales, infraestructura o recursos humanos que fueron considerados en el ítem de aporte valorizado) | |
| **Ítem** | **Explicación** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Cronograma

Indique las actividades del proyecto, las que deben contribuir al logro del objetivo señalado anteriormente; identifique el responsable de cada una y clasifíquelas según mes. Considere como fecha máxima de término de la ejecución de su proyecto el 31 de marzo de 2022.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cronograma de Actividades** | | | | | | | | |
| **Actividades** | **Responsable** | **SEP** | **OCT** | **NOV** | **DIC** | **ENE** | **FEB** | **MAR** |
| Firma de Convenio | Representante de Grupo de trabajadores  y OS |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Beneficiarios

Solicitamos indicar datos de beneficiarios directos del proyecto. Número de beneficiarios

Detalle el número de participantes según grupo etario:

|  |  |
| --- | --- |
| Niños y niñas | Jóvenes |
| Mujeres | Adultos |
| Adultos mayores | Otro |

|  |
| --- |
| **Mencione brevemente características relevantes de los beneficiarios directos del proyecto.** |
|  |

# Grupo de trabajadores:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre** | **RUT** | **Teléfono** | **Correo electrónico** | **Gerencia de Trabajo** | **Profesión** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nota:** Si requiere agregar más celdas, por favor añadir según sea el caso.