**ANEXO N° 1**

**“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°2**

**DECLARACIÓN JUARADA 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° 3**

**ACREDITACIÓN EXPERIENCIA REGIONAL DEL OFERENTE**

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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre curso | N° horas | Región de ejecución | fecha de inicio | fecha de término |
|  |  |  |  |  |

Se extiende el presente certificado, que tiene el carácter de declaración jurada simple, 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 a concurso xxxxx xxxxxx 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 ejecuto más de una vez, de lo contrario será considerado de manera única.

**ANEXO N°4**

**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 de Compromiso de arriendo de infraestructura, se establece el compromiso de la empresa:……………………………………………………………………………………………….,

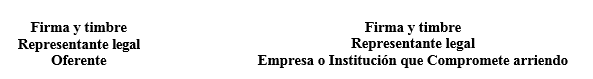
RUT……………………, Ubicada en ……………………………………………, para recibir un número de……………….. Participantes del curso …………………………………………, Programa ……………………………para que realicen el tanto la fase lectiva en aula como la práctica en taller, ambas instalaciones se encuentran en nuestras dependencias en ls misma dirección.

Este compromiso de arriendo se realizará de acuerdo a lo estipulado en las bases del programa respecto al N° horas totales, días y jornadas a utilizar.

Las características técnicas del inmueble son:

1.-

2.-



# ANEXO N° 5

**RECONOCIMIENTO DEL OFICIO EN UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR RESULTADO DEL PROCESO DE RECONOCIMIENTO**

**PLAN FORMATIVO/CARRERA DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

NOMBRE PLAN FORMATIVO:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN QUE EJECUTA EL PLAN FORMATIVO:

NOMBRE DE CARRERA DE EDUCACIÓN SUPERIOR:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR QUE DICTA LA CARRERA DE EDUCACIÓN SUPERIOR:

FECHA DE VIGENCIA DE RECONOCIMIENTO CON LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR QUE DICTA LA CARRERA DE EDUCACIÓN 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: |
| Nombre módulo: Tipo:  Cantidad de horas: | Nombre asignatura: Semestre:  Cantidad de horas: |
| Nombre módulo: Tipo:  Cantidad de horas: | Nombre asignatura: Semestre:  Cantidad de horas: |

A través del presente documento se establece el compromiso de llevar a cabo el reconocimiento entre ambas instituciones.



DATOS DE CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE CONTACTO:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO: