FORMULARIO DE POSTULACIÓN

PROGRAMAS FNDR INSTITUCIONES PUBLICAS

Fecha Presentación:

1. **NOMBRE DEL PROGRAMA**

(Propósito o componentes principales) para (grupo objetivo) de/en (localización) (No más de 90 caracteres, incluyendo

espacios)

CÓDIGO BIP

1. **INSTITUCIÓN QUE PRESENTA LA INICIATIVA**

(Entidad postulante a la que se transferirán los recursos).

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la institución postulante |  |
| Misión |  |
| Instrumento y/o marco legal que faculta para operar el programa |  |
| Fundamentos de la solicitud de transferencia FNDR (ampliar cobertura, focalización geográfica o sectorial, problemática específica regional, priorización, etc.) |  |

1. **DESCRIPCIÓN ABREVIADA (Máximo 10 líneas)**

(Programa) presentado por (institución postulante), a ser desarrollado en (periodo de ejecución), que busca (propósito o

resultado esperado) para (grupo objetivo) en (localización), a través de (principales componentes). Señalar la importancia del programa al contexto regional.

PERÍODO DE EJECUCIÓN (MESES)

1. **COBERTURA GEOGRÁFICA**

Provincia(s), comuna(s) y población de referencia.

Se debe señalar si el programa abarcará total o parcialmente la Región del Biobío. En el caso de cobertura parcial se debe informar las provincias y comunas en que se desarrollará, e indicar su población de referencia, entendiendo por tal, la población total localizada en el área de cobertura del programa.).

1. **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Caracterización población de referencia | Describir y cuantificar a la población de referencia, de acuerdo con el área de cobertura de la iniciativa, es decir, caracterizar indicando el número de personas, factores socioeconómicos, demográficos, culturales, etarios, entre otros datos relevantes para su diagnóstico. |
| Requisitos para calificar como población  carente | Indicar los requisitos específicos para ser considerada como población carente. Es decir, del total de la población de referencia cuántos son afectados por el problema. |
| Identificación de proyectos o programas anteriores destinados a la misma población | Debe identificar, además, los proyectos o programas ejecutados con anterioridad por la entidad formuladora, destinados a la misma población y/o área de cobertura. |

1. **CRITERIOS PRIORIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO O BENEFICIARIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Criterios de priorización de  beneficiarios. | Indicar claramente los criterios y mecanismos de priorización o desempate de beneficiarios (población objetivo), que **serán utilizados en el caso que la población carente sea superior a la capacidad de atención del programa**. |

1. **BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA (POBLACIÓN OBJETIVO)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número estimado de beneficiarios directos (población objetivo que será intervenida por los componentes y actividades del programa) por componente. | Componente | Nº Hombres | Nº Mujeres | Totales |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totales |  |  |  |
| Descripción de los bienes y/o servicios (componentes) a recibir por beneficiario individual. |  | | | |

1. **FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA**
   1. **FUNDAMENTACIÓN GENERAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Identificación y diagnóstico del  problema | (Precisar el problema que aborda el programa. Indicar la magnitud del problema, señalando los datos **cuantitativos y/o indicadores de línea base** que lo respaldan.) |
| Solución total o parcial propuesta por el  programa. |  |
| Identificación de brechas a disminuir o mitigar a través del programa. | Indicar las causas y/o brechas y sus magnitudes, mediante datos cuantitativos. Estas brechas deben estar redactadas en negativo, de tal forma que puedan ser subsanadas con la aplicación del programa. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Condiciones de entorno que pueden afectar el resultado del programa y  cómo se abordarán. | Describir oportunidades y amenazas del entorno para la ejecución del programa y cómo se abordarán. |
| Situación esperada como resultado del  programa. | Indicar el estado de la situación problema y sus causas, al término de la  iniciativa. |

* 1. **COMPLEMENTARIEDAD Y COHERENCIA DE LA INICIATIVA CON OTRAS ACCIONES Y POLÍTICAS**

**GUBERNAMENTALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Programa Regional de Gobierno. | Indicar el o los lineamientos del Programa Regional de Gobernador con los que tiene complementariedad el programa. Descargar propuesta programática Gobernador Regional ([https://gorebiobio.cl/gobierno-](https://gorebiobio.cl/gobierno-regional/)  [regional/](https://gorebiobio.cl/gobierno-regional/)) |
| Estrategia Regional de Desarrollo Biobío  2015-2030. |  |
| Incorporación y aplicación de enfoque  de derechos | Identificar aquel o aquellos enfoques de derecho (de pueblos indígenas, territorial, discapacidad u otro) que se contemplarán en la intervención, además de justificar su presencia, como se aplican en las actividades a ejecutar y a través de los componentes. Obligatoriamente, se debe considerar el enfoque de género, indicando cómo la iniciativa aporta a la  disminución de brechas en este ámbito |
| Iniciativas Sectoriales y FNDR. |  |

1. **ÁRBOL DE PROBLEMAS Y OBJETIVOS**
   1. **ÁRBOL DE CAUSAS Y EFECTOS (ÁRBOL DE PROBLEMAS) (Formato a libre elección)**
   2. **ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES (ÁRBOL DE OBJETIVOS) (Formato a libre elección)**
2. **MATRIZ DE MARCO LÓGICO DE PROGRAMAS**
   1. **FIN**

Objetivo regional, de carácter estratégico, al cual el programa contribuye. Es un objetivo de impacto en el largo plazo.

* 1. **7.2. PROPÓSITO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Resumen | Indicadores | Medios de verificación |
|  | Nombre | Documento o registro que |
| Resultado principal del programa, que resuelve el problema que le da origen, es consecuencia de la ejecución de los componentes. Responde a la pregunta *¿Qué se espera lograr con el programa?* Es el que da el nombre al programa, por lo que debe | Fórmula Meta Dimensión | serán fuente objetiva de los datos utilizados en la fórmula |
| existir plena sintonía entre ambos. |  |  |

* 1. **7.3. COMPONENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Resumen | Indicadores | Medios de verificación |
| Productos o resultados que resuelven las principales causas del problema; deben estar en directa relación con el propósito. Responden a la pregunta  *¿Qué bienes o servicios se requiere producir con el programa?* | Nombre Fórmula Meta Dimensión  **A lo menos un indicador por componente** | Documento o registro que serán fuente objetiva de los datos utilizados en la fórmula |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **RESUMEN DEL PRESUPUESTO (en miles de pesos)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clasificador Presupuestario (Ítem) | Componente a financiar | Fuente de Financiamiento FNDR | Fuente de Financiamient o SECTORIAL | Otras Fuente de  Financiamient o  ……………. | COSTO TOTAL (M$) |
| Contratación de  Programas |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Consultorías |  |  |  |  |  |
| Gastos Administrativos |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |  |

*Hasta un 5% de los recursos transferidos se podrá destinar a gastos administrativos de la institución receptora*

1. **PROGRAMACIÓN DE CAJA REFERENCIAL DE MONTOS FNDR (en miles de pesos)**

(Flujo de transferencias a la entidad postulante)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clasificador presupuestario  (Ítem) | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto |
| Contratación de  Programas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consultorías |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastos Administrativos |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clasificador presupuestario  (Ítem) | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Total 2025 | Saldo años  posteriores | Total, FNDR |
| Contratación de  Programas |  |  |  |  |  |  |  |
| Consultorías |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastos Administrativos |  |  |  |  |  |  |  |

1. **RELACIÓN DEL PROGRAMA CON PUEBLOS ORIGINARIOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Afecta Área de Desarrollo Indígena  (ADI)? | Sí | No | Nombr e(s) ADI |  | Tipo | Indicar Total o Parcial |
|  |  |  |
| Aplicación de Consulta Indígena | | | | En los casos en que el programa intervenga ADI o pueblos originarios, se debe explicitar si procede la Consulta Indígena, **indicando a) número de oficio y fecha de consulta realizada al Subsecretario de Servicios Sociales, del Ministerio de Desarrollo Social sobre pertinencia de la consulta y b) número de oficio y fecha de respuesta por parte del Ministerio. Estos documentos**  **deben presentarse como anexos del programa.** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | Firma |
| Nombre del responsable de la información | Nombre del representante de la institución: |
| Cargo: | Cargo: |
| Fono: | Fono: |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |