|  |  |
| --- | --- |
| **Código QR  Descripción generada automáticamente con confianza media** | **PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO** **PARA ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICO PROFESIONAL****CONVOCATORIA 2024**Secretaría Ejecutiva de Educación Media Técnico ProfesionalSubsecretaría de Educación |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Uso interno MineducNo completar* | **POSTULACIÓN N°** | **RBD** |
| *Revisor/a Técnico* |  |

**ANEXO 1**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN**

**Eliminar este texto antes de imprimir:** Complete todos los datos solicitados.

Se recomienda revisar los montos, que el porcentaje Habilitación no supera lo establecido en las Bases y que el total solicitado no supera el máximo a financiar según matrícula.

En el punto para el caso del punto: "f. Especialidades postuladas", la matrícula señalada debe estar de acuerdo a los reportes 2023 de Datos Abiertos Mineduc y se considerará la actualización reportada por el sostenedor en caso de existir diferencias sustantivas en la matrícula real de la especialidad del año 2024.

Si postula a más de 8 especialidades, copie e inserte la cantidad de cuadros correspondientes en el punto "f. Especialidades postuladas".

Las firmas solicitadas deben ser con lápiz pasta azul de puño y letra, no debe ser en digital.

Al momento de imprimir, verifique que todas las columnas caben en una página oficio horizontal y una vez que el documento se encuentre con la firma solicitada con lápiz pasta azul de puño y letra. Escanear el archivo y tenerlo en formato PDF para la postulación.

1. **ANTECEDENTES**
2. **DATOS ENTIDAD SOSTENEDORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Razón social |   |
| Rut |   |
| Dirección |   |
| Comuna |   |
| Región |   |

1. **DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |   |
| Rut |   |
| Correo electrónico |   |
| Celular |   |
| Teléfono fijo |   |

1. **DATOS ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |   |
| RBD |   |
| Dependencia |   |
| Dirección |   |
| Comuna |   |
| Región |   |

1. **DATOS DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |   |
| Correo electrónico |   |
| Celular |   |
| Teléfono fijo |   |

1. **DATOS RESPONSABLE DEL PROYECTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |   |
| Cargo |   |
| Institución |   |
| Correo electrónico |   |
| Celular |   |
| Teléfono fijo |   |

1. **ESPECIALIDADES POSTULADAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre especialidad y mención (en caso que aplique) |   |
| N° y fecha RO |   |
| Matrícula (3° y 4° medio) |   |
| N° de cursos |   |

1. **FIRMAS**

**Eliminar texto antes de imprimir:** Las firmas solicitadas deben ser con lápiz pasta azul de puño y letra, no debe ser en digital.

|  |
| --- |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| Nombre |   |
| Rut |   |
| Firma |   |

|  |
| --- |
| **DIRECTOR/A ESTABLECIMIENTO** |
| Nombre |   |
| Rut |   |
| Firma |   |