

INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO PARA LA SELECCIÓN – LINEA BASE (LB)

Apoyo a tu Plan Laboral 2020-2021

A. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

a.1 CÓDIGO DEL PROYECTO	a.2 FOLIO	a.3 FECHA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO			a.4 PROGRAMA DE ORIGEN	
		Día (dd)	Mes (mm)	Año (aa)	<input type="checkbox"/> Familias	<input type="checkbox"/> Calle
					<input type="checkbox"/> Caminos	<input type="checkbox"/> Vínculos

a.5 IDENTIFIQUE INSTITUCIÓN EN CONVENIO

<input type="checkbox"/> Gendarmería	<input type="checkbox"/> SENADIS	<input type="checkbox"/> Teletón	<input type="checkbox"/> Prodemu	<input type="checkbox"/> Afectado por emergencia	<input type="checkbox"/> SENAME	<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Ninguno
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

B. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EJECUTORA

b.1 RUT INSTITUCIÓN EJECUTORA	b.2 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA

b.3 RUN ENCUESTADOR/A	b.4 NOMBRE COMPLETO ENCUESTADOR/A

b.5 CORREO ELECTRÓNICO ENCUESTADOR/A

--

C. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

c.1 RUN	c.2 FECHA DE NACIMIENTO		
	DÍA	MES	AÑO

c.3 NOMBRES	c.4 APELLIDO PATERNO	c.5 APELLIDO MATERNO

c.6 DIRECCIÓN	c.7 COMUNA	c.8 LOCALIDAD (si corresponde)

c.9 REGIÓN	c.10 ZONA GEOGRÁFICA (marque con una x)	
	<input type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Rural

c.11 TELÉFONO FIJO	c.12 TELÉFONO CELULAR

c.13 CORREO ELECTRÓNICO POSTULANTE

--

D. PERFIL DEL POSTULANTE

d.1 ¿Cuántas personas viven habitualmente en este hogar, incluido/a usted? Indique con números.

--

d.3 ¿CUÁL ES SU ESTADO CONYUGAL O CIVIL ACTUAL? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Casado (a)
<input type="checkbox"/>	Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil
<input type="checkbox"/>	Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)
<input type="checkbox"/>	Anulado (a)
<input type="checkbox"/>	Separado (a)
<input type="checkbox"/>	Divorciado (a)
<input type="checkbox"/>	Viudo (a)
<input type="checkbox"/>	Soltero (a)

d.5 Indique (con números) cuántos niños/jóvenes menores de 18 años tiene a cargo.

Edad	N°	Edad	N°
No tiene		9 años	
0 años		10 años	
1 año		11 años	
2 años		12 años	
3 años		13 años	
4 años		14 años	
5 años		15 años	
6 años		16 años	
7 años		17 años	
8 años			

d.7 ¿Cuál es su nacionalidad? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Chilena (exclusivamente)
<input type="checkbox"/>	Chilena y otra (doble nacionalidad)
<input type="checkbox"/>	Otra nacionalidad (extranjeros) Indique cuál <input style="width: 150px;" type="text"/>

d.2 ¿Qué relación tiene usted con el/la jefe/a de este hogar? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Soy jefe(a) de hogar
<input type="checkbox"/>	Esposo(a) o pareja
<input type="checkbox"/>	Hijo(a)
<input type="checkbox"/>	Hijo(a) del esposo/a o pareja
<input type="checkbox"/>	Padre o madre
<input type="checkbox"/>	Nieto(a)
<input type="checkbox"/>	Otro familiar
<input type="checkbox"/>	No familiar

d.4 ¿Cuántas integrantes del hogar, mayores de 15 años, trabajan o realizan alguna actividad laboral que genere ingresos? Indique con números.

--

d.6 ¿Con quién dejaría a los niños que tiene a cargo si debiera ir a trabajar? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Con un familiar
<input type="checkbox"/>	Con un(a) vecino(a) o amigo(a)
<input type="checkbox"/>	Sala cuna, jardín infantil o establecimiento educacional
<input type="checkbox"/>	Otro lugar
<input type="checkbox"/>	Quedarían solos
<input type="checkbox"/>	Los llevaría al trabajo
<input type="checkbox"/>	No tendría con quien dejarlos
<input type="checkbox"/>	No aplica, No tiene niños a cargo.

d.8 En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Aimara
<input type="checkbox"/>	Rapa-Nui o Pascuenses
<input type="checkbox"/>	Quechua
<input type="checkbox"/>	Mapuche
<input type="checkbox"/>	Atacameño (LiKan-Antai)
<input type="checkbox"/>	Collas
<input type="checkbox"/>	Kawashkar o Alacalufes
<input type="checkbox"/>	Yámana o Yagan
<input type="checkbox"/>	Diaguita
<input type="checkbox"/>	No pertenece a ningún pueblo indígena

d.9 ¿Asiste actualmente a un establecimiento educacional o se encuentra participando en algún programa de nivelación de estudios?? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

d.10 ¿Cuál es su nivel educacional más alto alcanzado o el nivel educacional actual? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Nunca asistió
<input type="checkbox"/>	Preescolar
<input type="checkbox"/>	Educación Especial (Diferencial)
<input type="checkbox"/>	Educación Básica Incompleta
<input type="checkbox"/>	Educación Básica Completa
<input type="checkbox"/>	Educación Media Científico-Humanista Incompleta
<input type="checkbox"/>	Educación Media Científico-Humanista Completa
<input type="checkbox"/>	Educación Media Técnica Profesional Incompleta
<input type="checkbox"/>	Educación Media Técnica Profesional Completa
<input type="checkbox"/>	Técnico nivel superior incompleto (Carreras de 1 a 3 años)
<input type="checkbox"/>	Técnico nivel superior completo (Carreras de 1 a 3 años)
<input type="checkbox"/>	Profesional incompleto (carreras 4 a más años)
<input type="checkbox"/>	Profesional completo (carreras 4 o más años)

d.11 En ese nivel educacional, ¿Cuál fue el último curso que aprobó (para quienes no están estudiando) o que cursa actualmente (para los que están estudiando)?

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	6°
<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	7°
<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	8°

d.12 Las siguientes preguntas indagan sobre dificultades que la persona podría tener para realizar ciertas actividades debido a su estado de salud. Marque con una x para cada una el nivel de dificultad.

	No, sin dificultad	Sí, algo de dificultad	Sí, mucha dificultad	No puede hacerlo
¿Tiene dificultad para ver incluso si lleva lentes?				
¿Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono?				
¿Tiene dificultad para caminar o para subir escaleras?				
¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?				
¿Tiene dificultad en su cuidado personal como para afeitarse o vestirse?				
¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros?				

d.13 ¿Está inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad (RND)? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

d.14 ¿Tiene usted a su cargo personas en situación de discapacidad o dependencia moderada o severa? (dependencia por motivos de salud). Indique (con números) cuántos(as)

Rango de Edad	N°
Menor(es) de 18 años	
Entre 18 y 60 años	
Mayor(es) de 60 años	

d.15 ¿La vivienda donde usted vive, se sitúa en un campamento? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

d.16 ¿Usó internet durante los últimos 12 meses? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No (pase a pregunta d.16)

d.17 ¿Cuál es la razón principal por la que no hace uso de herramientas digitales a través de internet? (marque con una x sólo 1 alternativa)	
<input type="checkbox"/>	Por falta de conocimiento
<input type="checkbox"/>	Porque no lo considera necesario
<input type="checkbox"/>	No le interesa
<input type="checkbox"/>	Alto costo del servicio de internet
<input type="checkbox"/>	No tiene acceso a internet
<input type="checkbox"/>	Otra

d.18 ¿Usó internet durante los últimos 12 meses para...? (responda sí o no para cada caso)	Sí	No
a. Obtener información utilizando buscadores como Google y otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Informarse por prensa digital o redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comunicación por email o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Comunicación por redes sociales como Facebook, Twitter, WhatsApp y otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Entretenimiento (video juegos, películas, música, radio o televisión por la web)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Compra y venta de artículos y/o servicios por internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mejorar la comercialización de un producto o servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Buscar trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. TRABAJO E INGRESOS

e.1 ¿Realiza actualmente algún trabajo o actividad laboral que le genere ingresos? (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No (pase a pregunta e.5)

e.2 El trabajo o actividad laboral que usted realiza lo hace de manera... (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	Dependiente (empleado)
<input type="checkbox"/>	Independiente o trabajador por cuenta propia

e.3 ¿Esta actividad es permanente durante todo el año? (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	Sí (tengo trabajo durante todo el año)
<input type="checkbox"/>	No, sólo a veces de manera esporádica o por temporadas

e.4 ¿Qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene usted? (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	A plazo indefinido
<input type="checkbox"/>	A plazo fijo
<input type="checkbox"/>	A honorarios
<input type="checkbox"/>	Por faena (temporeros, otros)
<input type="checkbox"/>	No tiene contrato

e.5 ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas? (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

e.6 ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo? Indique en número de semanas.	
<input type="text"/>	

e.7 ¿Ha trabajado alguna vez? (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

e.8 Indique la actividad que realiza	
<input type="text"/>	

e.9 ¿Cuál es su actividad económica actual? (utilice anexo "códigos de actividad" en anexo 4)

e.9.1 Sector de la economía		e.9.2 Código de Rama (3 dígitos)			e.9.3 Código de Actividad (5 dígitos)				
<input type="checkbox"/>	Producción	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Servicio								
<input type="checkbox"/>	Comercio								

e.10 ¿Tiene algún oficio?

<input type="checkbox"/>	Sí	Código oficio (3 (3 dígitos))		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	No			

e.11 ¿Cuál es ingreso líquido que recibe de su trabajo principal? Indique en que rango se ubica su ingreso.

<input type="checkbox"/>	Menos de \$240.800
<input type="checkbox"/>	Igual o más de \$240.800

e.12 ¿Cuál es el ingreso líquido total mensual que usted recibe producto de su trabajo o actividad principal? (si no recibe ingresos ponga 0 (cero))

\$	<input type="text"/>
----	----------------------

e.13 ¿Cuál es el ingreso líquido total mensual que usted recibe por otros trabajos u ocupaciones, además de su ocupación principal (si no recibe ingresos ponga 0 (cero))

\$	<input type="text"/>
----	----------------------

Responden sólo ocupados o con empleo precario

e.14. ¿A qué actividad laboral se dedica actualmente?		e.15. ¿Hace cuánto tiempo desarrolla esta actividad?	
<input type="text"/>		<input type="text"/> Meses	
e.16. ¿Qué tipo de formalización tiene su emprendimiento?			
<input type="checkbox"/>	No tiene formalización	<input type="checkbox"/>	Iniciación de actividades SII
<input type="checkbox"/>	Patente municipal	<input type="checkbox"/>	Patente municipal e iniciación de actividades SII
<input type="checkbox"/>	Permiso municipal	<input type="checkbox"/>	Permiso municipal e iniciación de actividades SII
<input type="checkbox"/>	Otro tipo de permiso	<input type="checkbox"/>	No aplica (No corresponde a emprendimiento o autoempleo)

Responden todos

e.17. ¿Qué actividad laboral desea realizar?		e.18. ¿Tiene alguna capacitación en el tema?	
<input type="text"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
e.19. ¿Cuál es el nombre o tema de la capacitación recibida?		e.20. ¿Cuál fue la duración de la capacitación?	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Menos de 8 horas <input type="checkbox"/> Entre 8 y 40 horas <input type="checkbox"/> Igual o más de 41 horas	
e.21. ¿Tiene experiencia en la actividad que desea realizar?		e.22. ¿Cuánto tiempo de experiencia posee en la actividad?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años	
<i>*(Si su respuesta es No pase a pregunta e.21)</i>			
<i>*(Si su respuesta es No pase a sección C)</i>			

F. LINEAS DE FINANCIAMIENTO

<i>Indique línea de financiamiento 1 solicitada</i>	
f.1 ¿CUÁL ES LA PRIMERA NECESIDAD DE FINANCIAMIENTO QUE ESTÁ SOLICITANDO CON ESTE PROGRAMA?	
MONTO SOLICITADO	\$
¿TIENE COTIZACIÓN?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿DÓNDE?	
JUSTIFICACIÓN DEL REQUERIMIENTO	

<i>Indique línea de financiamiento 2 solicitada</i>	
f.2 ¿CUÁL ES LA SEGUNDA NECESIDAD DE FINANCIAMIENTO QUE ESTÁ SOLICITANDO CON ESTE PROGRAMA?	
MONTO SOLICITADO	\$
¿TIENE COTIZACIÓN?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿DÓNDE?	
JUSTIFICACIÓN DEL REQUERIMIENTO	

<i>Indique línea de financiamiento 3 solicitada</i>	
f.3 ¿CUÁL ES LA TERCERA NECESIDAD DE FINANCIAMIENTO QUE ESTÁ SOLICITANDO CON ESTE PROGRAMA?	
MONTO SOLICITADO	\$
¿TIENE COTIZACIÓN?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿DÓNDE?	
JUSTIFICACIÓN DEL REQUERIMIENTO	

<p>f.4 Sólo si alguna de las líneas corresponde a capacitación</p> <p>¿Cuáles son los horarios de los que dispone para asistir a la capacitación?</p>

G. RESPONDE EJECUTOR

g.1 En relación a las respuestas entregadas por el postulante, Ud. diría que...	g.2 A su juicio, el postulante que acaba de entrevistar ¿posee el perfil requerido para recibir una intervención en el programa que Ud. ejecutará?												
<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Quiere conseguir un empleo dependiente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tiene una idea de negocio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tiene un negocio en funcionamiento</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Quiere conseguir un empleo dependiente	<input type="checkbox"/>	Tiene una idea de negocio	<input type="checkbox"/>	Tiene un negocio en funcionamiento	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, pero con observaciones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Sí, pero con observaciones	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Quiere conseguir un empleo dependiente												
<input type="checkbox"/>	Tiene una idea de negocio												
<input type="checkbox"/>	Tiene un negocio en funcionamiento												
<input type="checkbox"/>	Sí												
<input type="checkbox"/>	Sí, pero con observaciones												
<input type="checkbox"/>	No												
<p>OBSERVACIONES</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<p>¿Por qué?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>												
g.3 La solicitud de financiamiento del postulante, ¿Cumple con los señalado en las bases de licitación?													
<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, pero con observaciones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Sí, pero con observaciones	<input type="checkbox"/>	No						
<input type="checkbox"/>	Sí												
<input type="checkbox"/>	Sí, pero con observaciones												
<input type="checkbox"/>	No												
<p>¿Por qué?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>													

MARQUE SEGÚN CORRESPONDA	
<input type="checkbox"/>	Usuario Inubicable
<input type="checkbox"/>	Usuario Inadmisible (no cumple con algún requisito) Explique_____
<input type="checkbox"/>	Desiste de participar. Motivo_____

FIRMA ENCUESTADOR