|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE POSTULACIÓN****APC 2026**\*Plazo de postulación: Desde el 01 de octubre de 2025 hasta el 30 de enero de 2026 |
| **Nombre del proyecto** |
| Título del proyecto (por ejemplo: Adquisición ecógrafo – construcción CCR – Adquisición bus escolar etc. ) |
| Área de ProyectoMarcar con un “x” |  | 1. Educación
 |
|  | 1. Salud
 |
|  | 1. Bienestar Público
 |
|  | 1. Bomberos
 |
|  | 1. Obras Públicas
 |
|  | 1. Medio Ambiente
 |
|  | 1. Otros ( )
 |
| Marco de Proyecto |  | Con la colaboración de Empresas JaponesasPrevención de Desastre  |
|  | Ninguna de las anteriores |
| **1. Información básica del postulante** |
| **Nombre de la institución** |  |
| **Representante** |  | Cargo |  |
| **Teléfono móvil** | \*Teléfono institucional |
| **Mail institucional** |  |
| **Dirección** |  |
| **Página Web** |  |
| **Persona Encargada del****Proyecto (contraparte)** |  |
| Cargo |  |
| Teléfono / Celular |  / |
| E-Mail |  |
| **Año de fundación** |  |
| **Año de obtención de la Personalidad jurídica****(adjuntar certificado)** |  |
| **Régimen de Recursos Humanos: (cuántas personas trabajan en el organismo postulante y en el área del proyecto)** |  |
| **Actividad principal** |  |
| **Estado Financiero 2024 y 2025** **Nota:** en caso de no contar con el estado financiero 2025, a la fecha de envío de este formulario, presentar el 2023 y 2024 | Ingresos **2024** | $ |
| Gastos **2024** | $ |
|  | **2025** | **INGRESOS** | **GASTOS** |
|  |  | Subsidios | $ | Costos Laborales | $ |
|  |  | Ganancias | $ | Costos Mantenimiento | $ |
|  |  | Otros | $ | Otros | $ |
|  |  | **TOTAL** | **$** | **TOTAL** | **$** |
| **ACTIVOS FIJOS** |  | **TOTAL** | **$** |  |  |
| **PASIVOS** |  | **TOTAL** | **$** |  |  |

|  |
| --- |
| **2. Contenido del Proyecto** |
| **Tipo de proyecto**Marcar con un “x” |  | Construcción / Reparación de  | ( )m² |
|  | Adquisición de equipamiento  |
|  | Vehículo de  |
|  | Otros: |
| **Costo estimado del proyecto total** En peso chileno | NETO |  $ | Aporte de APC | $ |
| Aporte de la Institución | $ |
| IVA\* | $\*El programa APC no aporta IVA |
| TOTAL | $ |
| **Dirección donde se ejecutará el proyecto** | Calle |  |
| Comuna |  | Región |  |
| **Número de beneficiarios** |  |
| **Modo de ejecución** Marcar con un “x” |  | Licitación |
|  | Compra directa |
| **Plazo de ejecución**  | (Máximo 1 año) |

|  |
| --- |
| **3. Antecedentes del Proyecto** |
| **Información de la comuna y/o el sector donde se realiza el proyecto.** | No. de habitantes |  |
| % de pobreza |  |
| Otros datos (números) relacionados al proyecto |  |
| **¿Cuál es el problema que aborda el proyecto?(Precisa y clara presentando los datos que lo justifique.)****¿Cómo se afecta al grupo beneficiario como consecuencia del problema?****(Precisa y clara)****Justificación de por qué postula al APC** |  |
| **Esfuerzos y actividades relevantes e impactantes que el organismo postulante ha realizado para solucionar el problema.** |  |
| **Número de mejoría en %****Impacto social que produciría el proyecto** |  |
| **Actividades de difusión que se realizará en la comunidad y en el país sobre el proyecto una vez ejecutado** |  |
| **Antecedentes de la Institución** |
| **Habilidad de Ejecución** Describir brevemente las experiencias reales que haya tenido el organismo (como beneficiario de alguna ONG y/o organismo internacional u otros países) en la ejecución de proyectos de otros proyectos concursables. \* En caso de tener más de 1 proyecto realizado, describir máximo 3 proyectos destacados del mismo rubro de esta postulación y especificar el número total de proyectos ejecutados.\*\*Indicar si han contado con algún proyecto APC anteriormente | **-Año de ejecución**:**-Nombre del concurso**:**-Institución donante**:**-Monto de donación**:**-Contenido del proyecto**: |
| 5. Otros |
| **Auditoría externa** Marcar con un “x” |  | Sí (Si su institución es sometida a una auditoría externa cada año.) |
|  | No: Razón (Ej. Nos fiscaliza el gobierno regional.) |
| **¿Cómo tomaron conocimiento del programa APC?** Marcar con un “x” |  | Buscando en internet |
|  | Había postulado anteriormente | Año |  |
|  | Otros medios | Ej. : A través de “-------------” |

**DOCUMENTACIÓN ANEXA SOLICITADA**

(Se debe adjuntar al Formulario de Postulación en este orden.)

|  |  |
| --- | --- |
| ✓ | Anexo |
|  | Fotos que describan el proyecto junto con comentarios.Ej.: Si es un cambio de ambulancia la foto de la ambulancia actual, si es construcción de un centro nuevo por falta de capacidad en el edificio actual una foto que demuestre la sobrepoblación etc… |
|  | Certificado de persona jurídica sin fines de lucro(En caso de municipalidad y hospital público no es necesario.) |
|  | Resumen del estado financiero de la institución correspondiente al año 2024 y 2025 \* En el caso de Municipalidades y Corporaciones Municipales, adjuntar la(s) pagina(s) del BALANCE DE EJECUCION que indiquen el INGRESO PERCIBIDO y GASTOS DEVENGADOS de cada depto.\*Para las Fundaciones, ONG’ s y otros se requerirá el Balance General. \*En el caso de los Cuerpos de Bomberos se requerirá el documento de ¨conciliación entre los ingresos y egresos¨, (incluyendo Anexo 3 de este) |
|  | Tres cotizaciones y/o Presupuestos para el proyecto detallado **en pesos chilenos. (Las cotizaciones en caso de vehículos deben ser de tres automotoras diferentes y, en relación con los vehículos, de preferencia, de alguna marca japonesa, en el caso de que sea construcción enviar de tres constructoras diferentes)** |
|  | Mapa de ubicación del sitio exacto del proyecto |
|  | Certificado, del Servicio de Salud correspondiente, que acredite que la Sala donde se contempla utilizar el equipamiento solicitado, cumpla con las normativas correspondientes (en el caso de que el postulante sean Hospitales públicos, establecimientos de salud municipal etc.) |
|  | Adjuntar documento que certifique que los profesionales de la salud que utilizarán los equipos solicitados cuenten con la especialidad para el uso de éstos (En caso de que el postulante sean Hospitales Públicos, establecimientos de salud municipal, etc.) |
|  | En caso de tratarse de Hospitales públicos, que dependan de un Servicio de Salud, será necesario presentar certificado o carta de compromiso de que cuentan con el ítem aprobado (presupuesto 2027) para el pago del IVA, que NO cubre el programa APC |
|  | Certificado de dominio vigente de la propiedad |
|  | Adjuntar copia y/o borrador del plano **tamaño carta o A3** |
|  |  |

**CONFIRMAR ANTES DE ENVIAR FORMULARIO**

(Se debe marcar ✓ antes de enviar.)

|  |  |
| --- | --- |
| ✓ | Una vez entregado el formulario y documentaciones, no serán devueltos. |
| ✓ | La Embajada, se reserva el derecho de NO entregar razones sobre los resultados. |
|  | No se aceptan reuniones durante el proceso de la postulación, ni entrega personal de los formularios de postulación. |
|  | Debe estar impreso en hojas de tamaño A4 |
|  | Estar **archivado** en una carpeta (no se aceptarán proyectos que vengan las hojas sueltas en la carpeta) |

**MINUTA DE ACUERDO**

1. Aportar el IVA, y el monto faltante si fuese necesario para la ejecución del proyecto. En el caso de Hospitales públicos, contar con el compromiso escrito del Servicio de Salud correspondiente para la asignación de los recursos.
2. Considerar aporte de la institución para cubrir los ítems que no financia el Programa APC (comisiones bancarias, imprevistos, placa recordatoria, seguros, permisos, etc.).
3. Al firmar el Contrato de Donación, presentar Carta de Compromiso legalizada ante Notario
4. Presentar los documentos administrativos de la institución que la Embajada solicita para la evaluación del proyecto (balance de ejecución presupuestaria, orden de ingreso, orden de compra, contrato y otros que la Embajada requiera).
5. Establecer plan de disposición de personal profesional necesario para la ejecución del proyecto y su funcionamiento posterior (por lo menos 5 años después de la ejecución del proyecto).
6. Los bienes y también las construcciones adquiridas bajo este programa NO podrán ser enajenados o transferidos a otras instituciones sin primero contar con la autorización de esta Misión Diplomática, de ocurrir esto, sin previo permiso, se exigirá la devolución del dinero de la donación.
7. Establecer canal de comunicación fluido con la Embajada para el intercambio de información y dar 100% cumplimiento al contrato de donación y tolo lo que se establece en el APC.
8. Una vez finalizado el proyecto, realizar una auditoria externa sobre el uso de la donación y hacer devolución del remanente si lo hubiera.
9. Enviar los informes solicitados, por la Embajada, una vez ejecutado el proyecto, por un plazo de 5 años después de la inauguración del proyecto.
10. Establecer plan de difusión de la donación, tanto en prensa escrita local como en redes sociales.
11. No utilizar los artículos proporcionados por este programa con fines militares y/o religiosos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre Completo de la persona encargada del proyecto |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del representante de la institución |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |