|  |
| --- |
| **GOBIERNO REGIONAL DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA** |
| **FONDO DE INNOVACIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD 2017** |
| **ANEXO ADMINISTRATIVO Nº 1** |
| **ANTECEDENTES GENERALES** |
| **(para todos los postulantes)** |
| 1. **RESUMEN DEL PROYECTO**
 |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** |  |  |  |
|  |
| **MONTO DEL PROYECTO** |  |
| **DURACIÓN DEL PROYECTO** |  |
| 1. **INSTITUCIONALIDAD**
 |  |  |  |
| **2.1 INSTITUCIÓN** |  |  |  |
| **Razón Social del Centro o Persona Jurídica de la que depende:** |
|  |
| **Nombre de Fantasía (si aplica):** |
|  |
| **RUT:** |  | **Teléfono:** |  |
| **TIPO DE INSTITUCION:**  | **1. UNIVERSIDAD ESTATAL RECONOCIDA POR EL ESTADO 2. CENTROS ACREDITADOS POR CORFO 3. CENTROS ACREDITADOS POR MINISTERIO DE ECONOMIA, FOMENTO Y TURISMO** |  |
| **2.2 RESPONSABLE DEL PROYECTO** |  |  |
| **Nombre:** |
| **RUT:** |  | **Dirección:** |  |
| **Región:** |  | **Ciudad:** |  |
| **Teléfono Fijo** |  | **Teléfono móvil** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Firma:** |  |

|  |
| --- |
| **GOBIERNO REGIONAL DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA** |
| **FONDO DE INNOVACIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD 2017** |
| **ANEXO ADMINISTRATIVO Nº 2** |
|
| **DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN** |
| Nombre Institución: |   |
| Nº RUT Institución: |   |
| Domicilio Institución: |   |
| Ciudad  |   |
| **Declara:**  |
| Conocer y aceptar el contenido íntegro del presente instructivo del fondo deporte y rehabilitación de drogas, así como todos los antecedentes presentados constituyen documentación e información fidedigna. |
| Nombre del Representante Legal |   |
| Rut |   |
| Firma |   |

|  |
| --- |
| **GOBIERNO REGIONAL DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA** |
| **FONDO DE INNOVACIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD 2017** |
| **ANEXO ADMINISTRATIVO Nº 3** |
|
| **APORTE PROPIO**  |
| Para la correcta ejecución del proyecto denominado:  |
| La institución individualizada: |
|
| Nombre Entidad Postulante  |   |
| Nº RUT entidad postulante |   |
| Domicilio entidad postulante |   |
| Ciudad  |   |
| Se compromete a realizar los siguientes Aportes Propios institucionales |
| Cantidad (unidades/horas) | Descripción del Aporte Propio | Valor Total ($) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| Nombre del Representante Legal empresa que aporta |   |
| Rut |   |
| Firma |   |

|  |
| --- |
| **GOBIERNO REGIONAL DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA** |
| **FONDO DE INNOVACIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD 2017** |
| **ANEXO ADMINISTRATIVO Nº 4** |
|
| **APORTE DE TERCEROS** |
| Para la correcta ejecución del proyecto denominado:  |
|   |
|
|
| La institución individualizada: |
|
| Nombre Institución: |   |
| Nº RUT Institución: |   |
| Domicilio Institución: |   |
| Ciudad  |   |
| Se compromete a realizar los siguientes aporte a la institución postulante: |
| Cantidad (unidades/horas) | Descripción del Aporte Propio | Valor Total ($) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| Nombre del Representante Legal empresa que aporta |   |
| Rut |   |
| Firma |   |

|  |
| --- |
| **GOBIERNO REGIONAL DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA** |
| **FONDO DE INNOVACIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD 2017** |
| **ANEXO ADMINISTRATIVO Nº 5** |
|
| **DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE EXCLUSIVIDAD** |
| DECLARO, POR MEDIO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, QUE LA INICIATIVA:  |
|
|   |
| PRESENTADA A ESTE FONDO CONCURSABLE: |
| HA SIDO ELABORADA EXCLUSIVAMENTE PARA DICHA CONVOCATORIA Y NO HA SIDO PRESENTADA A OTROS FONDOS CONCURSABLES DE CARÁCTER REGIONAL O NACIONAL EN ESTE AÑO CALENDARIO. |
| La institución individualizada: |
|
| Nombre Institución: |   |
| Nº RUT Institución: |   |
| Domicilio Institución: |   |
| Ciudad  |   |
| Cantidad (unidades/horas) | Descripción del Aporte Propio | Valor Total ($) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| Nombre del Representante Legal |  |
| Rut |  |
| Firma |  |

|  |
| --- |
| **GOBIERNO REGIONAL DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA** |
| **FONDO DE INNOVACIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD 2017** |
| **ANEXO ADMINISTRATIVO Nº 6** |
|
| **DECLARACIÓN BIENES DURABLES** |
| La institución individualizada: |
|
| Nombre Institución: |   |
| Nº RUT Institución: |   |
| Domicilio Institución: |   |
| Ciudad  |   |
| Será responsable y mantendrá bajo resguardo los bienes a continuación individualizados: |
| CANTIDAD | DESCRIPCION  | UBICACIÓN |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| Nombre del Representante Legal |   |
| Rut |   |
| Firma |   |