|  |
| --- |
| **PROCESO Y FORMULARIO DE POSTULACIÓN. FONDO ÚNICO DE APOYO A SISTEMAS DE SERVICIOS SANITARIOS RURALES 2021.****DIRECCIÓN DE OBRAS HIDRÁULICAS. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS.** |

1. **ANTECEDENTES GENERALES**

Por medio del presente documento, el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Obras Públicas, presenta el proceso y formulario de postulación para el **Fondo Único de Apoyo a Sistemas de Servicios Sanitarios Rurales**. Esta iniciativa, surge a raíz de la peor crisis sanitaria de los últimos 100 años provocada por la pandemia del Virus COVID-19 (conocido como coronavirus), la cual ha generado un cambio drástico en nuestra forma de relacionarnos y vivir. El Gobierno de Chile ha trabajado con el Ministerio del Interior para ir en ayuda de las familias más afectadas por los efectos de esta emergencia sanitaria, motivo por el cual se ha dispuesto de un Fondo especial de ayuda para superar la emergencia tal y como ha ocurrido durante el año 2020.

Dicho Fondo comprende una única postulación a este beneficio, que será entregado durante tres meses directamente a las organizaciones que administran los sistemas de servicios sanitarios rurales, pagándose el primero después de cumplir con los requisitos que se detallan dentro del presente formulario. La Subdirección de Servicios Sanitarios Rurales de la Dirección de Obras Hidráulicas, estará disponible para apoyar en este proceso que busca ayudar a los más vulnerables de nuestro territorio.

¿Cuáles son los requisitos para postular?: Podrán postular las organizaciones administradoras de SSR. No se considera en este beneficio a condominios particulares o parcelaciones de agrado.

¿Dónde Postular?: La postulación será a través de la Dirección de Obras Hidráulicas Regional en forma presencial o vía correo electrónico subdireccionssr@mop.gov.cl para todas las organizaciones administradoras de SSR que lo soliciten y califiquen del proceso.

Para el caso de los Sistemas de SSR que actualmente están registrados en la Asesoría permanente de la Dirección de Obras Hidráulicas se realizará una postulación simplificada, que significa ingresar el formulario SIN INCLUIR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CUADRO III.

Para el caso de Sistemas NO REGISTRADOS deberán completar los antecedentes que se señalan en el Formulario para postular, acompañando los antecedentes marcados en Cuadro III Documento Requeridos para Postular en la columna “Para Postulación”.

Posteriormente, una vez que las Organizaciones beneficiarias hayan recibido su primer pago, deberán concurrir a retirar su segundo pago, presentando los antecedentes señalados en el Cuadro III en la columna “Requisitos Pago Segundo y Tercer Mes”. El Pago del Beneficio se realizará a través de las Gobernaciones provinciales (Transferencia o retiro de cheque).**II. FORMULARIO DE POSTULACIÓN ORGANIZACIÓN REGISTRADA**

**Cuadro I: DATOS DEL SISTEMA DE SERVICIOS SANITARIOS RURALES SSR.**

|  |
| --- |
| **DATOS SISTEMAS SSR** |
| **Nombre** | **R.U.T. \*** | **Dirección** | **Comuna** | **Provincia** | **Región** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Se requiere incorporar el R.U.T que figura en el documento del SII.

**Cuadro II: DATOS DE LA DIRECTIVA DEL SISTEMA DE SERVICIOS SANITARIOS RURALES**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA DIRECTIVA DEL SISTEMAS SSR** |
| **Nombre** | **R.U.T.**  | **Cargo** | **Dirección** | **Fono** | **Correo electrónico** |
|  |  | **Presidente/a** |  |  |  |
|  |  | **Tesorero/a** |  |  |  |
|  |  | **Secretario/a** |  |  |  |
|  |  | **Gerente** |  |  |  |
|  |  | **1° Director** |  |  |  |
|  |  | **2° Director** |  |  |  |
|  |  | **3° Director** |  |  |  |

Declaro que estoy en conocimiento de los requisitos para la postulación al Fondo Único de Apoyo a Sistemas **de Servicios Sanitarios Rurales** año 2021, aceptando voluntariamente cada una de sus partes, asegurando la veracidad de la información entregada, de manera voluntaria.

Comprometo que los fondos serán destinados íntegramente al apoyo de la operación del sistema de servicio sanitario rural.

Acepto que la postulación sea declarada “no válida”, en el evento de comprobarse irregularidades o la falsedad de alguno de los antecedentes presentados. Declaro así mismo estar en conocimiento que el Ministerio remitirá los antecedentes a los tribunales de justicia si fuese necesario.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL PRESIDENTE/REPRESENTANTE LEGAL DE COMITÉ O GERENTE DE COOPERATIVA VALIDADO VIA CERTIFICADO DE VIGENCIA EMITIDO POR DAES** | **FIRMA** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECEPCIONA DOCUMENTACIÓN.** | **FIRMA** |
|  |  |

**Cuadro III: DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA POSTULAR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA QUE DEBE PRESENTAR LA ORGANIZACIÓN** | **Para Postulación** | **Requisito pagos segundo y tercer mes** |
| **1** | Certificado de Vigencia de la personalidad jurídica. | X |  |
| **2** | Certificado de Vigencia de la Directiva para Comités o Consejo de Administración incluyendo a Gerente para Cooperativas. (o último certificado de vigencia)\* | X |  |
| **3** | Copia actualizada del libro de registro de socios y usuarios con firma del Presidente y timbre de la organización. (o Planilla Excel con firma y timbre), indicando el número de conexiones de agua potable. | X |  |
| **4** | Ingresar Declaración Jurada del Anexo I. |  | X |

**ANEXOS I.**

**Anexo I: DECLARACIÓN JURADA PARA PAGOS DEL 2er y 3er MES**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA** |
|   |
| **Nombre Comité o Cooperativa** |  |
|  **Nombre Representante Legal** |  |
| **RUT representante Legal** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Provincia** |  |
| **Ciudad** |  |
|  |   |
| **DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:** |
| **1. Declaro bajo juramento que los antecedentes entregados son verídicos** |
| **2. Comprometo que los fondos serán destinados íntegramente al apoyo de la operación del sistema de servicio sanitario rural, con el objeto de mantener: calidad, cantidad y continuidad de agua potable.** |
|  |
|  |   |
| **DETALLE DEL DESTNO DE LOS FONDOS RECIBIDOS** |
| **Detalle el concepto (ejemplo: Insumos químicos, sueldos, energía, Condonación de deudas de usuarios, etc.)** |  |
| **SI se realizaron condonaciones de deuda:****N° de Beneficiados** |  |
| **FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y TIMBRE DEL COMITÉ O COOPERATIVA DE SSR** |
|  |