|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO N° 1 – Hoja de Vida Programa Fortalecimiento OMIL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. **Antecedentes Generales** | | | | | **Fecha Aplicación** | {{app\_date}} | | | | Nombre Completo | «nombre» | | | | | | | | | RUT o Pasaporte | {{rut}} | | | Fecha de Nacimiento | | | | {{birth\_date}} | | Nacionalidad | {{nacionality}} | | | | | | | | | Correo Electrónico | {{mail}} | | | | | | | | | Teléfono Notificaciones | {{notif\_phone}} | | Teléfono Alternativo | | | | {{alt\_phone}} | | | Dirección | «Direccion» | | | | | | | | | Comuna | {{commune}} | | | | | | | | | Declara tener algún tipo de discapacidad | **SI** | **NO** | |  | | | | | | {{disc\_si}} | {{disc\_no}} | |   Esta sección es de uso exclusivo para Ejecutivo/a de Atención a Público. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información Laboral** (Puede marcar más de una opción) | | | |
| La información que se utiliza para respaldar la atención inicial. Está disponible en: | **Bolsa Nacional de Empleo**  (Obligatorio) | **Otra Plataforma Municipal** | **Otro**  **¿Cuál?** |
| {{IL\_BNE}} | {{IL\_OPM}} | {{IL\_OCual}} |

|  |
| --- |
| 1. **Síntesis Atención Inicial** (El profesional que aplica esta ficha debe indicar sus observaciones, siempre que las hubiera, de la situación laboral del usuario según antecedentes recopilados durante la atención inicial) |
| {{sin\_at\_in}} |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Derivación** (Para derivaciones extra OMIL, recuerde que debe completar la ficha de derivación) | |  |  | |
| 1. **Orientación Laboral** | |  |
| Derivado a Profesional Orientador Laboral | {{DEXEC\_OL\_POL}} |  | **Susan Bustos Vidal** | |
| 1. **Herramientas de Empleabilidad** | |  |
| Nivelación de Estudios | {{DEXEC\_HE\_NE}} |  |
| Capacitación | {{DEXEC\_HE\_Cap}} |  |
| Evaluación y Certificación de Competencias Laborales | {{DEXEC\_HE\_EyCCompL}} |  | **5- Nombre y Firma de Ejecutivo/a Atención de Usuario** | |
| Apoyo Social Extra OMIL | {{DEXEC\_HE\_ASE\_OMIL}} |  |  | |
| Emprendimiento | {{DEXEC\_HE\_Empr}} |  |
| Subsidios (SEJ - BTM) | {{DEXEC\_HE\_Sub}} |
| **c) Vinculación Laboral** | |
| Derivado a una Vacante Laboral | {{DEXEC\_VL\_DVL}} |  |  | |
| Derivado Entrevista Laboral (empresa) | {{DEXEC\_VL\_DEL}} |  | | |
| **d) Seguro de Cesantía** | {{DEXEC\_SC}} |  |  | |
| Esta sección es de uso exclusivo para Orientador/a Laboral. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6- Orientación Laboral** | | **Fecha Aplicación** | |  | | |
| 1. **Modo de Ingreso** | | | | | | |
| Ingreso directo en OMIL de origen |  | Derivado por otra OMIL ¿Cuál? | | | |  |
| Derivado por SENCE |  | Derivado desde otro Servicio Público | | | |  |
| 1. **Herramientas de Apoyo Sociolaboral** | | | **Marque con una X**  (Puede marcar más de una opción) | | **Fecha de Aplicación**  (dd/mm/aaaa) | |
| **Búsqueda Activa de Empleo** | | | | | | |
| Apresto Laboral | | |  | |  | |
| Orientación Laboral | | |  | |  | |
| Otro ¿Cuál? | | |  | |  | |
| Otro ¿Cuál? | | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Derivación** (Para derivaciones extra OMIL, recuerde que debe completar la ficha de derivación) | |  | 1. **Conclusiones** (Optativo, si es necesario según criterio del Orientador Laboral) |
| 1. **Herramientas de Empleabilidad** | |  |
| Nivelación de Estudios |  |
| Capacitación |  |
| Evaluación y Certificación de Competencias Laborales |  |
| Apoyo Social Extra OMIL |  |
| Emprendimiento |  |
| Subsidios (SEJ - BTM) |  |
| 1. **Vinculación Laboral** |  |
| Derivado a una Vacante Laboral |  |
| Derivado Entrevista Laboral (empresa) |  |
| 1. **Seguro de Cesantía** |  |

|  |
| --- |
|  |
| 1. **Nombre y Firma de Orientador/a Laboral** |

|  |
| --- |
| Esta sección es de uso exclusivo para Ejecutivo/a Atención a Empresas. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10- Vinculación Laboral** (Este apartado en ningún caso reemplaza el anexo “Ficha colocación”, sino que es complementario) | | | | | | | | | **Fecha Aplicación** |  |
| 1. **Entrevista Laboral (empresa)** | | | | | | | | | | |
| Derivado a entrevista laboral (Puede incluir todas las derivaciones a entrevista que considere necesarias) | | | **N°** | | **Fecha Derivación** | | **Nombre Empresa Derivada** | | | |
| **1** | |  | |  | | | |
| **2** | |  | |  | | | |
| **3** | |  | |  | | | |
| **4** | |  | |  | | | |
| 1. **Colocación Laboral** | | | | | | | | | | |
| La colocación laboral fue exitosa | **N°** | **SI** | | **NO** | | **Fecha Colocación** | | **Nombre Empresa Contratante** | | |
| **1** |  | |  | |  | |  | | |
| **2** |  | |  | |  | |  | | |
| **3** |  | |  | |  | |  | | |
| **4** |  | |  | |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Seguimiento Colocación Laboral** (Al tercer mes de contratación) | | | | | | |
| El usuario continua colocado en la vacante gestionada por la OMIL | **N°** | **SI** | **NO** | **Fecha Seguimiento** | **Nombre Empresa Contratante**  (Debe coincidir con la empresa contratante) | **Medio** (teléfono, correo, visita empresa) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **Observación de la empresa por colocación laboral fallida** (en caso que la respuesta haya sido NO) | | | | | **Observación de la empresa por colocación laboral exitosa** (luego del tercer mes de contratación) | |
|  | | | | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| **11- Nombre y Firma de Ejecutivo/a Atención Empresa** |