

ANEXO I  
 LINEA DE CERTIFICACION SECTORIAL  
 COMPONENTE DE NORMALIZACION, EVALUACION Y CERTIFICACION DE COMPETENCIAS  
 LABORALES  
 Formulario de Presentación de Propuesta

<b>1. Sector de actividad:</b>				
<b>2. Datos de las Instituciones Participantes</b>				
<b>2.1. Institución Responsable</b>				
Denominación / Razón Social				
C.U.I.T. N°				
Domicilio legal	Calle		N°	
Barrio/localidad		Municipio		
Partido/Departamento		Provincia		
Vías de contacto	Teléfono		Fax	
Correo electrónico			C.P.	
Representante Legal	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Referente de Contacto	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Teléfono		Correo electrónico		
<i>Antecedentes Institucionales (trayectoria en proyectos articulados con el MT2022 y en formación profesional y/o Certificación de competencias laborales)</i>				

<b>2.2. Institución Ejecutora</b>				
Denominación / Razón Social				
C.U.I.T. N°				
Domicilio legal	Calle		N°	
Barrio/Localidad		Municipio		
Partido/Departamento		Provincia		
Vías de contacto	Teléfono		Fax	
Correo electrónico			C.P.	
Representante Legal	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Referente de Contacto	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Teléfono		Correo electrónico		
<i>Antecedentes Institucionales (Breve reseña)</i>				

2.3. Institución Adherente			
Denominación / Razón Social			
C.U.I.T. N°			
Domicilio Legal	Calle		N°
Barrio/Localidad		Municipio	
Partido/Departamento		Provincia	
Vías de contacto	Teléfono		Fax
Correo electrónico			C.P.
Representante Legal			
Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.	
Referente de Contacto			
Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.	
Teléfono		Correo electrónico	
Antecedentes Institucionales (Breve Reseña)			

3. Organismo Sectorial de Certificación (Marcar con una "X" según corresponda. En el caso de no estar conformado el OSC pasar al cuadro siguiente)			
CONFORMADO (Deben completarse los apartados 3.1. y 3.2)		<b>A CONFORMAR</b>	
DESIGNADO (Deben completarse los apartados 3.1. y 3.3)			
3.1. Información general			
Sector de Actividad			
Denominación			
3.2. INSTITUCIONES INTEGRANTES (Solo para O.S.C. Conformados – Las instituciones integrantes deberán estar inscriptas como instituciones Acreditadas ante el ARSICE)			
Denominación / Razón Social		C.U.I.T. N°	
Denominación / Razón Social		C.U.I.T. N°	
Denominación / Razón Social		C.U.I.T. N°	
Denominación / Razón Social		C.U.I.T. N°	
3.3. REPRESENTANTE INSTITUCIONAL DEL ORGANISMO SECTORIAL DE CERTIFICACIÓN (Adjuntar acta o carta aval de elección del representante institucional del O.S.C. con facultades de representación para el ejercicio de sus funciones)			
Nombres y Apellido		Tipo y N° de Doc.	
Cargo			
Teléfono		Correo electrónico	
3.4. SEDE DE RESGUARDO Y ARCHIVO DE TODA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE TRABAJADORES			
Domicilio Legal	Calle		N°
Barrio/Localidad		Municipio	
Partido/Departamento		Provincia	
Vías de contacto	Teléfono		Fax
Correo electrónico			C.P.
3.5. COMPROMISO DEL ORGANISMO SECTORIAL DE CERTIFICACIÓN			
En mi carácter de representante Institucional del Organismo Sectorial de Certificación manifiesto nuestro compromiso de cumplir con las funciones asignadas en el Reglamento de la Línea de certificación sectorial en el marco de la presente Propuesta.			
Firma del Representante Legal			
Adhesión: _____			

**4. Descripción de la Propuesta**

**4.1. Aspectos Generales**

**4.1.1. Fundamentación** (Descripción breve de la situación del sector que justifica la propuesta)

**4.1.1.1. Caracterización del sector** (Importancia del sector al interior del aparato productivo del país, Ubicación de principales áreas/polos productivos, trabajadores ocupados/desocupados en el sector, otros.)

**4.1.2. Objetivos**

**4.2. Contenido de la Propuesta** (Asociación con los Artículos del Anexo 1.1.1.1.1)

A) Elaboración de Normas de Competencia Laboral e Instrumentos de Evaluación	
B) Formación de Evaluadores	
C) Evaluación y certificación de competencias laborales de trabajadores	
D) Constitución Organismos Sectoriales de Certificación	

**A) Elaboración de Normas de Competencia Laboral e Instrumentos de Evaluación** (Detalle de acciones a desarrollar)

I.

II.

III.

IV.

Resultado:

**Aportes de las Instituciones Participantes para la ejecución de la Propuesta:**

Asistencia económica solicitada	Monto Unitario: .....
	Monto Total: .....

B) Fortificación de Evaluadores (Descripción de acciones a desarrollar)	
i.	
ii.	
iii.	
Resultado:	
Aportes de las Instituciones Participantes para la ejecución de la Propuesta:	
Asistencia económica solicitada:	Monto Unitario: ..... {.....}
	Monto Total: ..... {.....}
C) Evaluación y certificación de competencias laborales de trabajadores (Detalle de acciones a desarrollar)	
i.	
ii.	
iii.	
Resultado:	
Aportes de las Instituciones Participantes para la ejecución de la Propuesta:	
Asistencia económica solicitada:	Monto Unitario: ..... {.....}
	Monto Total: ..... {.....}
D) Consolidación del Ofertante o Sectorales de Certificación (Detalle de acciones a desarrollar)	
i.	
ii.	
iii.	
Resultado:	
Aportes de las Instituciones Participantes para la ejecución de la Propuesta:	
Asistencia económica solicitada:	Monto Unitario: ..... {.....}
	Monto Total: ..... {.....}

5. Asistencia Económica Total Solicitada			
Actividades	Asistencia económica solicitada <sup>1</sup>	Aporte de la contraparte	Monto total por Actividad
A. Elaboración de Normas de Competencia Laboral e Instrumentos de Evaluación			
B. Formación de Evaluadores			
C. Evaluación y certificación de competencias laborales de trabajadores			
D. Consultación de Organismos Sectorial de certificación			
<b>Totales</b>			

6. Plazo de Ejecución ..... (.....) Meses

7. Cronograma de Acciones						
Actividad	1° Mes	2° Mes	3° Mes	4° Mes	5° Mes	6° mes

<sup>1</sup> El monto total de la asistencia económica solicitada deberá aplicarse observando los porcentajes y rubros elegibles establecidos por el artículo 38 del Reglamento de la Línea de Certificación Sectorial, aprobada por la Resolución de la SECRETARÍA DE EMPLEO N° 249/2013.

8. Declaración Jurada		
<p>El/la/s suscritor/es en su condición de representante/s legal/es de la/s institución/es identificada/s en el presente Formulario manifiesta/n con carácter de Declaración Jurada, conocer y aceptar lo normado por la LINEA DE CERTIFICACIÓN SECTORIAL creada por la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 1.471/11, y su Reglamento, aprobado por la Resolución de la SECRETARÍA DE EMPLEO N° 247/13, y asumir y cumplir las obligaciones allí establecidas de acuerdo a su modalidad de participación.</p> <p>La información consignada en el presente Formulario y la documentación que se acompaña es veraz y fidedigna.</p>		
<p>Título del Representante Legal</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Institución: _____</p>	<p>Título del Representante Legal</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Institución: _____</p>	<p>Título del Representante Legal</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Institución: _____</p>
<p>Fecha y Lugar de Redacción: _____</p> <p>Firma: _____ Aclaración: _____</p>		

**ANEXO II**  
**LINEA DE CERTIFICACION SECTORIAL**  
**COMPONENTE DE FORMACION PROFESIONAL Y CERTIFICACION DE CURSOS BASADOS**  
**EN COMPETENCIAS LABORALES**

## Formulario de Presentación de Propuesta

<b>1. Sector de actividad:</b>				
<b>2. Datos de las Instituciones Participantes</b>				
<b>2.1. Institución Responsable</b>				
Denominación / Razón Social				
C.U.I.T. N°				
Domicilio Legal	Calle		N°	
Barrio/Localidad		Municipio		
Partido/Departamento		Provincia		
Vías de contacto	Teléfono		Fax	
Correo electrónico			C.P.	
Representante Legal	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Referente de Contacto	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Teléfono		correo electrónico		
Antecedentes Institucionales (trayectoria en proyectos articulados con el MTEySS y en formación profesional)				
<b>2.2. Institución Ejecutora</b>				
Denominación / Razón Social				
C.U.I.T. N°				
Domicilio Legal	Calle		N°	
Barrio/Localidad		Municipio		
Partido/Departamento		Provincia		
Vías de contacto	Teléfono		Fax	
Correo electrónico			C.P.	
Representante Legal	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Referente de Contacto	Nombres y Apellido			
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.		
Teléfono		Correo electrónico		
Antecedentes Institucionales (Breve Reseña)				

--

**2.3. Institución Adherente**

Denominación / Razón Social			
C.U.I.T. N°			
Domicilio Legal	Calle	N°	
Barrio/Localidad		Municipio	
Partido/Departamento		Provincia	
Vías de contacto	Teléfono	Fax	
Correo electrónico		C.P.	
Representante Legal	Nombres y Apellido		
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.	
Referente de Contacto	Nombres y Apellido		
Tipo y N° de Doc.		C.U.I.L./C.U.I.T.	
Teléfono		Correo electrónico	

**Antecedentes Institucionales (Breve Reseña)**

--

**3. Descripción de la Propuesta**

**3.1. Aspectos Generales**

**3.1.1. Fundamentación (Descripción breve de la situación del sector y la demanda de capacitación)**

--

**3.1.1.1. Caracterización del sector (Importancia del sector al interior del aparato productivo del país, Ubicación de principales áreas/poles productivos, Trabajadores ocupados en el sector, Estimación de demandas de capacitación en el territorio donde se requiere la asociación, Posibilidades de inserción laboral de los trabajadores/es capacitados, otros.)**

--

3.1.1.2. Identificación (Actores relevantes del Sector de alcance nacional y alcance local, cantidad estimada de empresas instaladas en los últimos cuatro años, porcentaje de empresas según cantidad de trabajadores empleados).

Actores Relevantes del Sector	Alcance Nacional:					
	Alcance Local (localidad):					
Cantidad estimada de empresas instaladas	Provincia	Localidad	Últimos cuatro (4) años			
			20..	20..	20..	20..
Porcentajes por empresas según cantidad de trabajadores empleados	..... % de empresas con 1 a 10					
	..... % de empresas con 11 a 40					
	..... % de empresas con 41 a 70					
	..... % de empresas con 71 a 100					
	..... % de empresas con más de 100					

3.1.2. Objetivos

3.1.3. Destinatarios:



--

<b>3.2. Contenido de la Propuesta</b> (ANEXAR CON LAS CALIFICACIONES DE SEÑALAR (ANEXOS 11))	
A) Cursos de Formación Profesional (Debe completarse el apartado 4.)	
B) Difusión (Debe completarse apartado 5.)	
C) Unidad Técnica (Debe completarse apartado 7.)	
D) Equipamiento (Debe completarse apartado 7.)	

### 4. Acciones de Formación Profesional

#### 4.1. Planificación de los cursos

Institución Ejecutora	Sede del curso (Localidad y Provincia)	Denominación del curso	Cantidad de Horas	Cantidad de cursos	Cantidad de participantes				Aporte Instituciones Participantes	Monto solicitado	Monto total
					Desocupados		Ocupados	Total			
					Incluidos en acciones del MTEySS	No incluidos en acciones del MTEySS					
<b>Totales</b>											

#### 4.2. Cursos de Formación Profesional

##### Información sobre cada tipo de Curso de Formación Profesional

Curso	
Descripción	
Temáticas	
Aporte Total	
Cantidad de Cursos	Cantidad Total de Participantes

##### Información por Curso

Cantidad de Participantes por Curso	Carga Horaria			
¿El curso utiliza Diferenciales Curriculares basados en Normas de Competencia Laboral aprobadas en el RESCOP?	<table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>Si</td> <td>N° de Registro</td> </tr> </table>	Si	Si	N° de Registro
Si	Si	N° de Registro		
¿El curso utiliza Diferenciales Curriculares basados en el enfoque de competencias Laboral aprobados en el RESCOP?	<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Si</td> <td>N° de Registro</td> </tr> </table>	No	Si	N° de Registro
No	Si	N° de Registro		
¿El curso tiene requisitos de ingreso?	<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Si</td> <td></td> </tr> </table>	No	Si	
No	Si			
En caso afirmativo, escriba los requisitos de ingreso				

<b>Institución Ejecutora</b>	
Calle	N°
Localidad	Municipio
Ferrol/Departamento	Provincia

Estructura de Costos					
rubro	Detalle	Unidad de Medida	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Honorarios Docentes					
					Total
Material Didáctico					
					Total
Honorarios					
					Total
Herramientas					
					Total
Elementos de Seguridad e Higiene					
					Total
Alquiler Equipamiento					
					Total
Varios					
					Total
				Total por Curso	
CANTIDAD DE CURSOS					TOTAL

5. Difusión*						
Estrategia de Difusión	Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	Aporte Instituciones Participantes	Asistencia Económica Solicitada
<b>Cartelería Institucional</b>						
Cartel de Fachada						
Cartel oferta formativa						
Cartel ruta						
Otros						
				Total		
<b>Piezas Gráficas</b>						
Afiche						
Folletos/volantes						
Tripticos						
Brochure						
Otros						
				Total		
<b>OTROS (página web, productos de difusión de actividades)</b>						
				Total		
				<b>TOTAL</b>		

\* Deberá calcularse en su respectiva y correspondiente división por la Secretaría de Empleo

**6. Unidad Técnica**

**Descripción de Roles, Perfiles y Tarifas**

Roles	Perfiles	Tarifas
Coordinación		
Administración		
Otros		

**Detalle de la Conformación y Financiamiento requerido**

Roles	Cantidad	Duración (meses)	Costo Mensual	Costo Total	Aporte Instituciones Participantes	Aporte Solicitado
Coordinación						
Administración						
Otros						
<b>Total</b>						

\* El financiamiento de cada una de las coordinaciones deberá ser justificado mediante una acta, y sólo podrá ser solicitado cuando la organización presente un plan de acción pedagógico y una cantidad de participantes que lo ampare.

**7. Equipamiento (Completar la Planificación al presente Formulario)**

**Objetivo General**

**Equipamiento (Deberá acompañar TRES (3) presupuestos de costos de respaldo)**

Sede

Calle	N°
Localidad	Municipio
Partida/Departamento	País

**Objetivo Específico**

- i. Incorporar equipamiento de uso didáctico
- ii. Incorporar equipamiento específico para la mejora de la formación
- iii. Otras: .....

**Resultado:**  
Equipamiento instalado en tiempo y forma.

**Asistencia económica solicitada**

**Detalle del equipamiento**

Cantidad	Descripción	Finalidad	Importe Unitario	Importe Total	Aporte Instituciones Participantes	Aporte Solicitado
<b>Total</b>						

B. Asistencia Económica Total Solicitada		
B.1. Aporte Principal		Monte Total por Actividad
Dictado de Cursos de Formación Profesional		
B.2. Aporte Complementario		Porcentaje sobre Aporte Principal
Difusión		Monte Total por Rubro
Consultorio (Unidad Técnica)		
Equipamiento		
		Subtotal
Asistencia Económica Total Solicitada		
B.3. Aportes a cargo de la Institución Participantes		
Actividad	Concepto	Monte
		Total
		Presupuesto Total de la Propuesta

9. Plazo de Ejecución	..... [.....] Meses
-----------------------	---------------------

10. Cronograma de Acciones						
Actividad	1° Mes	2° Mes	3° Mes	4° Mes	5° Mes	6° mes

11. Declaración Jurada		
<p>El/los suscritor(es) en su condición de representante/s legal(es) de la/s Institución/es identificada/s en el presente Formulario manifiesta(n) con carácter de Declaración Jurada, conocer y aceptar lo normado por la LINEA DE CERTIFICACIÓN SECTORIAL, creada por la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 1.471/21, y su Reglamento, aprobado por la Resolución de la SECRETARÍA DE EMPLEO N° 247/18, y asumir y cumplir las obligaciones allí establecidas de acuerdo a su modalidad de participación.</p> <p>La información consignada en el presente formulario y la documentación que se acompaña es veraz y fidedigna.</p>		
<p>Firma del Representante Legal</p> <p>_____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>DNI: _____</p> <p>Participación: _____</p>	<p>Firma del Representante Legal</p> <p>_____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Código: _____</p> <p>Participación: _____</p>	<p>Firma del Representante Legal</p> <p>_____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Código: _____</p> <p>Participación: _____</p>
<p>Nota: Los puntajes de los concursantes, los deberán declarar en su origen vinculado con la firma y adhesión a esta presente. Toda declaración falsa será sancionada de acuerdo al artículo 17 de la Ley 27.000. El presente formulario es propiedad del Estado. Se prohíbe su venta o su cesión. El incumplimiento de cualquiera de los deberes establecidos en el presente formulario será causa de inhabilitación del concursante para participar en los concursos que se celebren en adelante.</p>		
<p>Firma y Sello de Participación:</p> <p>_____</p> <p>FFFE: _____ ASESOR: _____</p>		

Planilla Anexa - Equipamiento  
Carta Compromiso  
(Lugar y Fecha)....., .....

El/la que suscribe

.....,  
D.N.I./L.E./L.C. N° ....., en mi carácter de representante legal de ..... C.U.I.T. N°.....Institución RESPONSABLE/EJECUTORA/ADHERENTE/SEDE (1), manifiesto que asumimos el compromiso de garantizar el registro, en el sistema informático de gestión de la SECRETARIA DE EMPLEO, de la información correspondiente a la totalidad de los trabajadores que reciban capacitación utilizando el equipamiento solicitado en el marco de la presente Propuesta por un plazo de .....(.....)..... contado desde su adquisición.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

(1) Tachar lo que no corresponda

### ANEXO III

#### LINEA DE CERTIFICACION SECTORIAL

Formulario Carta de Aceptación

(Lugar y Fecha)....., .....

El/la que suscribe

.....,  
D.N.I./L.E./L.C. N° ....., en mi carácter de representante legal de ....., C.U.I.T. N° ....., manifiesto que hemos sido debidamente notificados del contenido de la Resolución de la SECRETARIA DE EMPLEO N° ....., del.....de.....de 20....., mediante la cual se aprueba la Propuesta suscripta por nuestra Institución en el marco de la LINEA DE CERTIFICACION SECTORIAL – COMPONENTE .....; que aceptamos las condiciones allí establecidas para su implementación, y que asumimos las obligaciones a nuestro cargo para su debida ejecución.

Asimismo, ratificamos conocer y aceptar el marco normativo de la LINEA DE CERTIFICACION SECTORIAL, comprometiéndonos a su debido cumplimiento.

La información consignada en el presente Formulario reviste carácter de Declaración Jurada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

### ANEXO IV

#### LINEA DE CERTIFICACION SECTORIAL

Formulario Informe de Avance

Datos de la Institución Responsable			
Denominación			
Domicilio			
Calle		N°	
Localidad		C.P.	
Provincia		Teléfono	
Correo electrónico		Fax	
CUIT N°			

Datos del Responsable de la Rendición de Cuentas	
Apellido y nombre	
Tipo y número de documento de identidad	
Cargo que ocupe en la Institución	
CUIT/CUIL N°	

Datos del Responsable de la custodia y guarda de la documentación	
Apellido y nombre	
Tipo y número de documento de identidad	
Cargo que ocupe en la Institución	
CUIT/CUIL N°	

Gastos Efectuados	
Monto	Pesos con decimales (señalar con .)

Detalle de las acciones cumplidas de acuerdo a la Matriz de Objetivos y Resultados

Resumen de los aportes y gastos efectuados por rubro		
Actividad	Tipo de gasto – Aportes de las instituciones Participantes	Montos
1 – Total		\$
Actividad	Tipo de gasto – Transferencias Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social – Secretaría de Empleo	Montos
2 – Total		\$
MONTO TOTAL DE LOS GASTOS REALIZADOS (1+2)		
Son pesos		\$
- en letras -		- en números -
<b>Declaración Jurada</b>		
<p>En la suscribiente en mi carácter de representante legal de la institución responsable vengo a presentar el correspondiente Informe de Avance de ejecución de la Propuesta a nuestro cargo, en cumplimiento de lo establecido por el Reglamento de la LÍNEA DE CERTIFICACIÓN SECTORIAL, aprobado por la Resolución de la SECRETARÍA DE EMPLEO N° 247/13.</p> <p>A tal efecto, manifiesto con carácter de Declaración Jurada que la información consignada en el presente Formulario y la documentación que se acompaña es veraz y fidedigna.</p>		
_____		_____
Firma		Aclaración

Planilla Anexa A  
Gastos Corrientes-Detalle de Comprobantes

RELACION DE COMPROBANTES DE GASTOS CORRIENTES						
N° de orden	Concepto	Importe	Nombre, denominación o razón social del Proveedor	CUIT N°	Factura o Recibo N°	Fecha de cancelación
<b>Monto total</b>		<b>\$</b>				

1. Los comprobantes de gastos deberán responder a lo establecido mediante Resolución AFIP N° 1415/03, sus modificatorias y complementarias, y demás normativa aplicable.  
Declaro que toda la información consignada es fiel y verdadera.

Lugar y fecha	Firma del Representante Legal de la Institución Responsable	Aclaración

Planilla Anexa B  
Gastos de Capital-Detalle de Comprobantes



**RELACION DE COMPROBANTES DE GASTOS DE CAPITAL**

N° de orden	Concepto	Importe	Nombre, denominación o razón social del Proveedor	CUIT N°	Factura o Recibo N°	Fecha de cancelación	M
<b>Monto total</b>		<b>\$</b>					

1. Los comprobantes de gastos deberán responder a lo establecido mediante Resolución AFIP N° 1415/03, sus modificatorias y complementarias, y demás normativa aplicable. Declaro que toda la información consignada es fidedigna.

Lugar y fecha	Firma del Representante Legal de la Institución Responsable	Aclaración