|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE ENTORNO LABORAL 2025** |
| 1. **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**
 |
| 1. *Describa la situación actual que afecta a los funcionarios/as de su Unidad.*
2. *Y señale en cuál de los ejes en los que se basa los PMEL, se enmarca su postulación:*
* ***Promoción y Cuidado de la Salud de los funcionarios/as:*** *Acondicionamiento, mantención y/o decoración de espacios comunes. Por ejemplo: Mobiliario (muebles de cocina, comedores, futones), Equipos Menores (Frigobar, horno microondas), Implementación de bicicletero, gimnasio, etc.*
* ***El cuidado infantil:*** *Mejoras en los dispositivos de Cuidado Infantil para los hijos de los funcionarios/as, compras de materiales/equipos, acondicionamiento y/o mantención de salas.*
* ***Buen Trato Laboral:*** *Mejoras que faciliten la comunicación o la habilitación de lugares para la interacción entre equipos. (Por ejemplo, Sala Multiuso).*

*(Puede adjuntar fotografías).* |
| 1. **PROYECTO MEL**
 |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** |
|  |
| **OBJETIVO DEL PROGRAMA: Se refiere al propósito o la meta.**  |
|  |
| **TIPO DE PROGRAMA: Especificar si es un Proyecto Nuevo o de Arrastre (continuación de Proyecto anterior).** |
| Proyecto de ContinuidadProyecto Nuevo |
| **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA: Relatar de manera simple en que consiste el proyecto.** |
|  |
| **LA UNIDAD FUE BENEFICIADA LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS CON UN PMEL: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_****ESPECIFIQUE EN QUE AÑOS : 2024\_\_\_\_ 2023 \_\_\_\_\_\_\_\_ 2022\_\_\_\_\_\_** |
| **ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZARA EL PMEL:** | SSI 125 |
| **BENEFICIARIOS.** Identificar a quienes se benefician de la implementación del PMEL. |
|  |  |  |  | **TOTAL FUNCIONARIOS :** |  |
| 1. **N° DE FUNCIONARIOS BENEFICIADOS DEL PROYECTO (Imprimir y completar)**
 |
| **NOMBRE COMPLETO** | **RUT** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DETALLE DE LOS INSUMOS, MATERIALES, EQUIPAMIENTO U OBRA SOLICITADA.**
 |
| **Articulo** | **Unidad de Medida (Kl, Lt.)** | **Especificación técnica** | **Fotografía** | **Disponible en:** | **Cantidad** | **Valor Unitario** | **Valor Total** |
| *Ejemplo* *Horno Microondas**(Solo para renovación indicar numero de inventario del producto a reemplazar)* | *20 Litros* | *Horno Marca Thomas, negro. Modelo N1601 de 1500W* |  | *Mercado Publico**Código XXXXXX* | *2* | *$30.000* | *$60.000* |
| *Ejemplo* *Toldo*  | *3x3 Metros* | *Toldo blanco, plegable, con cubiertas laterales y ventana.**Marca Collection Garden*  |  | *Falabella* | *4* | *$50.000*  | *$200.000* |
| EjemploPérgola  | 20 met/2 |  Construcción de pérgola de madera,  |  | Se adjunta cotización de contratista. | 1 | 800.000 | 800.000 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **RESPONSABLE DEL PROYECTO:** Funcionario/ia que lidera el programa.
 |
| **NOMBRE :** |  | **FIRMA:** |   |
| **CARGO:** |  |
| **CONTROL O DEPENDENCIA:** Indicar quien es la jefatura inmediata del responsable del proyecto. |
| **NOMBRE :** |  | **FIRMA:** |   |
| **CARGO:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **EVALUACIÓN DEL PROYECTO (SOLO COMITÉ PMEL**
 |
| **CUMPLE CON FUNDAMENTOS:** |  | **APROBACIÓN:** |   |
| **CALIFICACIÓN:** |  |
| **FIRMAS:** |  |
| **OBSERVACIONES:** |  |