 

**ANEXO N°2**

PROGRAMA REACTIVACIÓN MIPYME ZR COSTA ARAUCANÍA AÑO 2024

**“DECLARACIÓN JURADA SOBRE EXISTENCIA O INEXISTENCIA DE INCUMPLIMIENTOS DE OBLIGACIONES LABORALES Y DE REMUNERACIÓN”**

(Formato no modificable por parte del proponente)

Don(ña) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula Nacional de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_.\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la comuna de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. que suscribe en representación de la empresa o persona natural,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beneficiaria del Programa Reactivación MI PYME ZR Costa Araucanía, año 2024, Código BIP N°40037657-0; Financiado por el Gobierno Regional y ejecutado por la Universidad Autónoma de Chile. Por el presente documento, declara: (marcar alternativa que corresponda):

\_\_\_\_ a) Actualmente CUENTA con trabajadores de su dependencia.

\_\_\_\_ b) Tuvo trabajadores dependientes dentro de los dos años anteriores al cierre del presente concurso.

\_\_\_\_ c) Actualmente **NO CUENTA** con trabajadores de su dependencia.

\_\_\_\_ d) Dentro de los dos años anteriores al cierre del presente concurso no ha contado con trabajadores de su dependencia.

\_\_\_\_ e) Nunca ha contado con trabajadores dependientes, ni cuenta con ellos ahora.

En el caso de haber señalado la opción a) o b), declaro que NO EXISTE incumplimiento de obligaciones laborales por concepto de remuneraciones, cotizaciones de seguridad social u otros, con los trabajadores dependientes que actualmente trabajan o que hayan trabajado para la entidad que represento, en los últimos dos años, y de resultar adjudicado en el presente programa, presentaré **el “Certificado de Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales” (F30-1),** de la Dirección del Trabajo, con el cual la Universidad Autónoma de Chile, comprobará el estado de cumplimiento de dichas obligaciones.

Nombre de quien suscribe:

Firma de quien suscribe:

(si su firma es su nombre, escríbalo nuevamente)

RUT de quien suscribe:

Fecha: / /2024