



FOPROLYD

**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

MANUAL DE POLÍTICAS, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE REINSERCIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA

**JUNIO
2017**

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 3 de 89

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	OBJETIVOS.....	4
3.	BASE LEGAL.....	5
4.	POLÍTICAS.....	6
5.	NORMAS.....	7
6.	PROCEDIMIENTOS.....	9
	6.1 Ingreso al programa de apoyo a la inserción productiva para personas beneficiarias pensionadas de FOPROLYD.....	9
	6.2 Capacitación a personas beneficiarias.....	14
	6.3 Entrega de unidades de apoyo productivo y otras actividades de apoyo para el acceso al trabajo digno.....	17
	6.4 Seguimiento a la actividad productiva.....	27
	6.5 Casos de incumplimiento despues de recepcion de fondos.....	31
	6.6 Egreso de la persona beneficiaria programa de apoyo a la inserción productiva para personas beneficiarias pensionadas de FOPROLYD.....	32
	6.7 Programación de actividades de campo.....	33
7.	GLOSARIO, ACRONIMOS Y SIGLAS.....	34
8.	LINEAMIENTOS PARA SU ACTUALIZACIÓN.....	35
9.	APROBACIÓN.....	35
10.	CONTROL DE CAMBIOS RELEVANTES.....	35
11.	REFERENCIAS.....	36
12.	CONTROL DE VERSIONES.....	36
13.	ANEXOS.....	37
	13.1 Diagramas de Flujos.....	37
	13.2 Formularios y reportes.....	51

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 4 de 89

NOMBRE DEL MANUAL

Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva

1. INTRODUCCIÓN

El Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva es un documento administrativo y técnico, que contiene las políticas, normas y procedimientos que rigen el quehacer de la misma, describe de forma detallada las acciones que se realizan para la entrega de Unidades de Apoyo Productivo; precisando las actividades articulantes del personal responsable con las otras Unidades de Gestión involucradas en las diferentes fases establecidas en el Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD. Presenta los flujos de los procedimientos que son de observancia y aplicación general para las áreas involucradas, en las acciones operativas y administrativas vinculadas, lo que permitirá la transparencia de cada una de las acciones que se realicen y regulará, el cumplimiento de los objetivos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva (URSYP).

El presente Manual se integra al Manual General del Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD) en cumplimiento a las disposiciones que establece el Reglamento de las Normas de Control Interno Específicas de FOPROLYD, y apegada a las modificaciones autorizadas a la estructura orgánica vigente, aprobado por Junta Directiva en Acuerdo No. 65.01.2016 del 28 de enero de 2016.

Incluye los formularios de respaldo de todas las operaciones contenidas en el Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD para un eficiente control y transparencia en las operaciones.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las políticas, normas y procedimientos que rigen el quehacer de Unidad de Reinserción Social y Productiva (URSYP), a fin de dotarla del instrumento técnico administrativo que permita contribuir de manera efectiva a la reinserción productiva de las personas beneficiarias de FOPROLYD.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Normar el accionar de la Unidad y tener base legal para el control interno del Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD.
2. Fortalecer la transparencia en la administración y operación de URSYP, a través de la estandarización o normalización de las diferentes acciones y lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos.
3. Ejecutar eficaz y eficientemente el Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD de beneficiarias y beneficiarios de FOPROLYD

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 5 de 89

3. BASE LEGAL

- Ley de Beneficio para la Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado:
Título I, CAPÍTULO III, ART. 10; literal j) y l).
Título II, CAPÍTULO I, ART. 23, 25, 28 literal a) y ART. 40
- Ley de Ética Gubernamental
- Ley de Equiparación de Oportunidades
- Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo
- Ley de Impuestos a la Actividad Económica de los Diferentes Municipios y Departamentos de El Salvador.
- Ley de Sanidad Vegetal y Animal, normativa que regula la protección sanitaria de los vegetales y animales, control y coordinación de programas fitosanitarios y de cooperación internacional para cumplir su finalidad.
- Ley de Acceso a la Información Pública
- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas de FOPROLYD
CAPÍTULO III, ART.17, 18, 19
- Reglamento Interno de Trabajo de FOPROLYD, ART. 10
- Reglamento Especial de la Comisión Técnica Evaluadora, CAPÍTULO V, ART. 16 AL 25
- Normas Técnicas Sanitarias para la Autorización Control de Establecimientos Alimentarios, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gerencia de Salud Ambiental
- Acuerdos de Junta Directiva:

NÚMEROS	ACUERDO
06.01.2017	a) Aprobar y autorizar la Política de Pago de Obligaciones Institucionales por la modalidad de depósito de abono a cuenta en cualquier Institución Financiera. b) La Política será aplicada para el pago de obligaciones por el suministro de bienes y servicios, entrega de Unidades de Apoyo Productivo y créditos del Fondo Rotativo.
298.05.2017	Aprobar la modificación del Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 6 de 89

4. POLÍTICAS

- 4.1 Todas las actividades relacionadas con la gestión de entrega de Unidades de Apoyo Productivo (UAP), se sujetarán a las disposiciones, que para tal efecto prevean las regulaciones legales aplicables y las presentes políticas.
- 4.2 Las disposiciones contenidas en el presente manual son de observancia y aplicación general para las áreas involucradas en los procedimientos descritos en el mismo.
- 4.3 La gestión de alternativas que contribuyan a que las personas beneficiarias de FOPROLYD logren su incorporación a la vida productiva del país, por medio de un enfoque de derecho estará bajo la responsabilidad de la Unidad de Reinserción Social y Productiva.
- 4.4 Toda población inscrita como beneficiaria de FOPROLYD tiene la oportunidad de ser incluido en el Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD de Beneficiarias y Beneficiarios de FOPROLYD, siempre y cuando se respeten los procedimientos establecidos en el presente manual.
- 4.5 Para el uso racional de los recursos institucionales y agilización de los procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva se utilizará la tecnología de la información mediante la aplicación del Sistema Informático Institucional y Sistema Informático Administrativo Financiero de Proceso de Compra y Proveedores en Requisición de Bienes y Servicios.
- 4.6 En caso de falla en la Red Institucional y de la aplicación del Sistema Informático u otra causa grave que imposibilite su uso, y para no suspender el Proceso de entrega de las Unidades de Apoyo Productivo, éste se realizará de forma manual utilizando los instrumentos que la aplicación genera para registrarlos una vez reestablecida la falla; lo cual debe hacerse de forma oportuna, completa y veraz actualizando, según corresponda las atenciones, prestaciones y datos según lo concerniente, con el fin que la información sea útil y de calidad.
- 4.7 El ingreso de las personas beneficiarias al Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD, está determinado a través de la Comisión Técnica Evaluadora (CTE), según artículo 24 de la Ley de Beneficio para la Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado, de tal manera que URSYP, atenderá únicamente los casos referidos por ésta Comisión y de acuerdo a la fecha de presentación de la solicitud correspondiente. La nómina de beneficiarios calificados como aptos para recibir UAP deberá ser autorizada por Junta Directiva.
- 4.8. La nómina de beneficiarios calificados como aptos para recibir Unidades de Apoyo Productivo (UAP) autorizada por Junta Directiva podrá ser modificada únicamente en caso que la persona beneficiaria calificada renuncie, cambie lugar de residencia, zona geográfica, migre, desaparezca o fallezca; para tal efecto se deberá proponer otra persona beneficiaria para su reemplazo.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 7 de 89

4.9 Toda persona beneficiaria que haya sido evaluada por CTE y fue calificada como NO APTA, NO FACTIBLE o NO APLICA, y desea ingresar al Programa, deberá de presentar carta a CTE solicitando una nueva evaluación, a excepción de los casos por problemas de salud.

5. NORMAS

5.1 Corresponde a la Junta Directiva de FOPROLYD la autorización del presente manual.

5.2 Todas las UAP a entregar deberán estar contenidas en el Catálogo de Unidades de Apoyo Productivo vigente, en caso excepcional de no pertenecer a dicho catálogo, para su entrega se deberá contar con la autorización de Junta Directiva. Para aquellas UAP que requieran algún tipo de licencia o permiso para el ejercicio de la actividad, la persona beneficiaria deberá de demostrar la vigencia del mismo.

5.3 Las actividades técnicas en campo para el cumplimiento de las diferentes fases del Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD, deberán realizarse de manera preferencial en el domicilio del beneficiario, considerando la seguridad del personal de FOPROLYD; para lo cual los técnicos deberán evaluar el riesgo personal y determinar salir de la zona de trabajo a la hora más conveniente.

5.4 Las capacitaciones brindadas a las personas beneficiarias, deberán estar relacionadas al oficio o profesión y al apoyo productivo a entregar por FOPROLYD.

5.5 Cuando la persona beneficiaria no esté en condiciones de recibir las capacitaciones para el manejo de la UAP impartidas por los técnico de FOPROLYD, éstas podrán ser recibidas por las personas beneficiarias y los miembros de su grupo familiar que acompañen.

5.6 Las capacitaciones externas de formación, actualización, especialización podrán ser financiadas únicamente a las personas beneficiarias.

5.7 Las personas beneficiarias que no estén en la lista vigente autorizada por Junta Directiva para recibir unidad de apoyo productivo y participen en las capacitaciones realizadas y financiadas por FOPROLYD; siempre deberán esperar a ser incluidas de acuerdo al orden de presentación de solicitud.

5.8 Si la persona beneficiaria cambia de interés de UAP una vez aprobada la propuesta por Junta Directiva, deberá esperar la reprogramación respectiva para someterse a un nuevo proceso de evaluación por parte de la URSYP.

5.9 Los complementos de UAP, se otorgarán únicamente a los beneficiarios cuya actividad productiva se encuentre funcionando y lo solicitado sea para la misma línea de la Unidad de Apoyo Productivo otorgado y sea autorizado por Junta Directiva

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 8 de 89

- 5.10 Si la persona beneficiaria utiliza los fondos recibidos con fines diferentes a la compra de los componentes de la UAP, una vez probado el hecho, deberá proceder al respectivo reintegro de lo utilizado con fines diferentes a los autorizados.
- 5.11 La aplicación de este Manual será responsabilidad de las Unidades de Gestión y jefaturas involucradas en la ejecución de los procedimientos en él descritos.
- 5.12 El personal de URSYP deberá registrar en el Sistema Informático de su competencia, todas las actividades que realizan, de forma oportuna, completa y veraz.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 9 de 89

6. PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: URSYP - 01

6.1 INGRESO AL PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN PRODUCTIVA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS DE FOPROLYD

FASE I: Inscripción al Programa

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	Inicio		
2	Trabajador Social del Departamento de Atención y Orientación (DAYOR)	Refiere a persona beneficiaria a través de Sistema Informático al responsable de atención al público de URSYP.	Beneficiario es referido por: 1. Consulta sobre su proceso de Reinserción.... Continuar con el paso 3 2. Interés de empleo.... Continuar con el paso 4 3. Inscripción al Programa.... Continuar con el paso 5 4. Otras relacionadas al Programa.
3	Responsable de Atención al público URSYP	Revisa en Sistema Informático para conocer situación actual de beneficiario, para brindar respuesta oportuna.	Según el caso consulta con equipo de zona para su atención. FIN.
4	Responsable de Atención al público URSYP	Registra en sistema informático institucional datos generales del beneficiario con interés de empleo	Se brinda orientación general sobre documentos necesarios que debe presentar al Ministerio de Trabajo para inscripción a la bolsa de empleo. FIN.
5	Responsable de Atención al público URSYP	Revisa en sistema informático institucional para consultar sobre su registro de inscripción	1. Si beneficiario posee registro se orienta sobre su proceso. 2. Si no cuenta con registro procede a completar formulario de inscripción en sistema informático institucional, lo imprime para firma y entrega copia correspondiente.
6	Responsable de Atención al público URSYP	Remite hoja de inscripción al programa a Jefatura de URSYP	Elabora memorándum con listado de beneficiarios inscritos al Programa.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 10 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
7	Técnico de zona	Completa hoja de inscripción al Programa en reuniones de acercamiento de Junta Directiva o Jornadas de UCADFA	La hoja será llenada en campo, con la observación "DATOS POR VERIFICAR EN SISTEMA INSTITUCIONAL", si al revisar en el Sistema Informático datos del beneficiario y no existiera registro se procederá a registrarlo. Hoja en físico será remitida a la Jefatura de la Unidad.
8	Jefatura de URSYP	Remite hojas de inscripción al Programa, a la Comisión Técnica Evaluadora	Estas referencias serán remitidas mensualmente.
9	FIN		Para las solicitudes de formación vocacional o académica o de clases de manejo, se deberá de referir a CTE periódicamente (VER PROCEDIMIENTO 6.2B DEL PRESENTE MANUAL)

FASE II: Ingreso y Evaluación al Programa

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	Inicio		
2	Colaborador Administrativo de la URSYP	Recibe hoja de Evaluación Multidisciplinaria de la Comisión Técnica Evaluadora.	En los casos de beneficiarios en que aplica para realizar la evaluación.
3	Colaborador Administrativo de la URSYP	Recibe y registra en sistema informático institucional referencia de CTE.	Registra la fecha de recepción de la referencia y tipo de UAP indicada.
4	Colaborador Administrativo de la URSYP	Archiva referencia de CTE en control general de URSYP y entrega copia al Coordinador de zona correspondiente.	La copia se incorpora al archivo de zona.
5	Equipo de zona	Consulta situación del beneficiario en diferentes registros de la zona.	Para conocer situación general del beneficiario/a



No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
6	Equipo de zona	Elabora planificación de visita para iniciar proceso de Evaluación o estudio de factibilidad.	Revisa fecha de inscripción por criterio de antigüedad.
7	Equipo de zona	Elabora la programación de actividades en campo	VER PROCEDIMIENTO 6.7 Programación de Actividades de Campo
8	Equipo de zona	Coordina visita técnica con beneficiario	Realiza contacto telefónico con beneficiarios, para coordinar visita técnica.
9	Equipo de zona	Realiza evaluaciones técnicas por disciplina en campo o en otro lugar valorando aspectos de seguridad del personal de FOPROLYD. Cada disciplina realiza las siguientes actividades: 1. Completa su instrumento de evaluación 2. Registra el diagnostico en el Sistema Informático. 3. Archiva el instrumento de evaluación en el expediente de URSYP.	Situaciones que pueden presentarse: Cuando existan condiciones para realizar la evaluación multidisciplinaria se desarrolla la misma. Continuar con el paso 10. En caso que se identifiquen situaciones que no permitan la evaluación continuar con el paso 16. Para las evaluaciones de Estudios Académicos, formación vocacional y clases de manejo, será realizada por Trabajador Social, completando su respectivo formato y de acuerdo a los criterios establecidos en el Programa. Las actividades deberán ser registradas en el sistema informático institucional.
10	Equipo de la zona	Apertura de expediente físico del beneficiario en URSYP	Se realiza la apertura de expediente físico con la referencia de CTE anexando todos los documentos correspondientes.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 12 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
11	Coordinador y Equipo de Zona	Se reúnen para analizar los casos de personas beneficiarias atendidas.	
12	Equipo de zona	Elaboran Informe Técnico Multidisciplinario de URSYP.	Los miembros del equipo elaboran el Informe Técnico Multidisciplinario del beneficiario con actividad productiva factible y lo archiva en expediente físico de URSYP y se incorpora a la propuesta de Zona, seguir al paso 13. Y los no factibles seguir con paso 16.
13	Coordinador de zona	Envía propuesta de beneficiarios de zona a Jefatura de URSYP con copia a Coordinador Administrativo.	
14	Coordinador Administrativo de URSYP	Consolida propuestas de zonas	Remite propuesta general a Jefatura de URSYP
15	Jefatura de la URSYP	Solicita autorización de Junta Directiva para entrega de UAP	Obtención de Acuerdo de Junta Directiva para otorgamiento de UAP. FIN.
16	Equipo de zona	En casos no factibles completa hoja de atención a persona beneficiaria y posteriormente elabora el informe multidisciplinario de casos no factibles para trasladar al Coordinador de zona	El informe debe contener la situación encontrada de la persona beneficiaria que determina la no factibilidad por: 1) Condición Social y/o Económica, 2) Condición de salud física y/o mental
17	Coordinador de zona	Recibe, revisa y remite informe de casos no factible a Jefatura de URSYP	
18	Jefatura de URSYP	Solicita acuerdo de Junta Directiva sobre los casos de NO factibilidad, para la notificación a persona beneficiaria.	

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 13 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
19	Jefatura de URSYP	Recibe acuerdo de Junta Directiva de casos no factibles para su notificación.	<p>Los casos que no apliquen por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones de salud serán referidos a CTE. 2. Situación socio económica, serán remitidos a Gerencia para solicitar acuerdo de Junta Directiva para ser notificados por la Unidad Jurídica. <p>Si existiera cambio en su situación socioeconómica en el periodo de un año se retomará el proceso por el equipo técnico de URSYP.</p>
20	Jefatura de URSYP	Remite informes de casos no factibles a CTE.	<p>Los casos que no apliquen por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones de salud serán referidos a CTE, para seguimiento de su estado de salud. 2. Situación socio económica, serán informados a CTE. <p>Si existiera cambio en su situación socioeconómica en el periodo de un año se retomará el proceso por el equipo técnico de URSYP.</p>
21	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 14 de 89

CÓDIGO: URSYP – 02

6.2 CAPACITACIÓN A PERSONAS BENEFICIARIAS

2 A. Capacitación a personas beneficiarias

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Coordinador de Zona	Remite propuesta aprobada a Agrónomo de Comisión de Seguimiento de la zona.	
3	Comisión de Seguimiento	Elaboran el Plan de capacitación y lo remite al equipo de Coordinadores de Zona.	<p>Se Identifican y definen temas, recursos, fechas, horarios y facilitadores internos o externos necesarios para la capacitación.</p> <p>La comisión de Seguimiento deberá planificar jornadas de capacitación optimizando recursos por tema, zona geográfica y tipo de UAP.</p>
4	Coordinadores de Zona	Revisan y dan VoBo a plan de Capacitación.	Si se requiere convenio o carta de compromiso para establecer coordinaciones interinstitucionales, es necesario gestionar con la Administración Superior a través de la jefatura de URSYP.
5	Comisión de Seguimiento	Realiza, verifica o coordina la gestión efectiva de las Capacitaciones.	<p>Las actividades de coordinación son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de espacio a nivel local. 2. Gestión de mobiliario y equipo 3. Gestión de alimentación (Si aplica) 4. Gestión de fondos monetarios (Si aplica) 5. Gestión de Transporte (Si aplica) 6. Promoción del evento(Si aplica) 7.Convocatoria de personas beneficiarias

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 15 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
6	Comisión de Seguimiento	Efectúa, verifica o coordina la ejecución de las capacitaciones de acuerdo a lo establecido en el plan.	En caso de que las capacitaciones sean con recursos propios, la Comisión de Seguimiento debe llenar todos los documentos de respaldo necesarios. Se registran las participaciones de las personas beneficiarias en el listado de asistencia.
7	Comisión de Seguimiento	Elabora informe de la capacitación impartida y la remite al Coordinador de Zona.	El informe debe contener: temática, fecha, lugar, facilitador, número de participantes, categoría, género, dirección de asistentes.
8	Comisión de Seguimiento	Registra el proceso de capacitación en sistema informático.	
9	Comisión de Seguimiento	Archiva documentos de respaldo en expediente de persona beneficiaria en URSYP	
10	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 16 de 89

2 B. Formación vocacional, profesional y otras para personas beneficiarias

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	Inicio		
2	CTE	Remite solicitud de formación vocacional, académica o de clases de manejo.	Este tipo de requerimiento debe de ser atendido con carácter prioritario.
3	Trabajador Social de la Zona	Realiza evaluación para determinar factibilidad de la solicitud, considerando los criterios establecidos en el Programa.	Se solicita los documentos necesarios que respalden la factibilidad. Elabora y remite informe a Coordinador de Zona.
4	Coordinador de Zona	Gestiona por medio de la Jefatura de URSYP el Acuerdo de Junta Directiva en el cual se Autoriza la solicitud.	
5	Equipo de Zona	Notifica y orienta en el proceso a persona beneficiaria.	
6	Coordinador de Zona	Remite solicitud de fondos monetarios a Coordinador Administrativo, anexando la documentación respectiva.	
7	Coordinador Administrativo de URSYP	Gestiona los fondos monetarios ante la UFI.	
8	FIN		Continuar con procedimiento 6.3 del presente manual.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 17 de 89

CÓDIGO: URSYP - 03

6.3 ENTREGA DE UNIDADES DE APOYO PRODUCTIVO Y OTRAS ACTIVIDADES DE APOYO PARA EL ACCESO AL TRABAJO DIGNO.

FASE 1: Notificación y orientación

No	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Equipo de Zona	Organiza la logística para jornada de notificación y orientación a personas beneficiarias autorizadas por Junta Directiva para recibir Unidad de Apoyo Productivo (UAP)	Según presupuesto asignado y tipos de UAP se efectúa la distribución y organización de personas beneficiarias por cada Zona de Trabajo.
3	Técnico de zona	Elabora hoja de notificación y orientación en SIABES.	Incorpora en la hoja de notificación las orientaciones a la persona beneficiaria según actividad productiva a desarrollar e informa a coordinador de zona para revisión.
4	Coordinador de Zona	Revisa, imprime y firma hoja de notificación y orientación a persona beneficiaria.	Traslada a equipo de zona.
5	Equipo de Zona	Planifica jornadas de notificación y orientación a personas beneficiarias según zonas de residencia.	Realiza la gestión logística solicita local, mobiliario, equipo informático y limpieza. Prepara listado de componentes de UAP, fotocopias: hoja de notificación y orientación, formato de factura, cotización (caso que aplique), listado de componentes.
6	Equipo de Zona	Convoca a las personas beneficiarias para notificación de acuerdo de Junta Directiva.	Se establecen los contactos con las personas beneficiarias para contar con la mayor asistencia.
7	Equipo de Zona	Notifica el acuerdo de Junta Directiva que autoriza la entrega del monto para UAP. Orienta a las personas beneficiarias sobre el proceso establecido y compromisos.	Se orienta a cada persona beneficiaria según actividad productiva, sobre el proceso de obtención de los componentes de la UAP, de acuerdo a los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> El documento establece el compromiso de la persona beneficiaria sobre el manejo adecuado de los fondos y su autorización de reintegro por incumplimientos en los casos que aplique.



Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la
Unidad de Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 18 de 89

No	Responsable	Actividad	Especificaciones
			<ul style="list-style-type: none">• Orienta sobre el procedimiento para aplicación de fondos a cuenta bancaria y requerimientos. Solicita copia de libreta de cuenta bancaria a nombre de persona beneficiaria, DUI y NIT vigente a 150% de ampliación.• Orienta sobre el procedimiento para aplicación de fondos a cuenta bancaria y requerimientos. Solicita copia de libreta de cuenta bancaria a nombre de persona beneficiaria, DUI y NIT vigente a 150% de ampliación.• A la persona beneficiaria pensionada por IPSFA u otras instituciones, se le solicita constancia de pensión con fecha posterior a la notificación y se le informa que deberá firmar orden de descuento para hacerla efectiva en caso de incumplimiento.• Si la persona beneficiaria solicita entrega de fondos por cheque, se deberá registrar en la hoja de notificación en el apartado observaciones.• El técnico entrega lista de componentes de la UAP a la persona beneficiaria e informa que debe realizar cotizaciones y presentarlas al Equipo de Zona, (para UAP especial, las cotizaciones presentadas serán consideradas como el listado de componentes).• Informa a la persona beneficiaria que al momento de la compra deberá exigir según tipo de UAP: factura de consumidor final, certificado de carta de venta, documento privado autenticado de compraventa y para formación académica comprobante de pago del centro de estudios, los

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 19 de 89

No	Responsable	Actividad	Especificaciones
			<ul style="list-style-type: none"> documentos descritos deben estar a su nombre y presentarlos en el plazo de 15 días calendario o hábil subsiguiente, a partir de la fecha de depósito de los fondos por parte de FOPROLYD. Salvo casos especiales: enfermedad, accidente, fallecimiento de familiar, oferta limitada o inexistencia del componente, falta de reactivos para pruebas de brucelosis y tuberculosis en ganado. En caso que la persona beneficiaria desista de recibir la UAP, el técnico deberá consignar en el apartado de observaciones los motivos que manifieste. Técnico de Zona y persona beneficiaria firman hoja de notificación, entregando copia a la persona beneficiaria.
8	Técnico de zona	Registra en SIABES la actividad de Notificación y Orientación a persona beneficiaria.	<ul style="list-style-type: none"> Reporta si acepta o desiste de recibir la UAP, fecha de realización, forma de pago cuenta o cheque.
9	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 20 de 89

FASE 2: Gestión de fondos para Depósito a Cuenta Bancaria

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Técnico de zona	Recibe y revisa copia de documentos presentados por las personas beneficiarias.	DUI, NIT, libreta de cuenta bancaria, constancia de pensión de otras instituciones (en caso que aplique) y cotizaciones de UAP. En caso de incongruencias solicita correcciones. Entrega a coordinador de zona los documentos completos necesarios para la gestión de fondos. Realiza monitoreo a las personas beneficiarias con documentos pendientes reportando al coordinador de la zona. Si al revisar constancia de pensión de otra institución la persona beneficiaria no dispone de fondos, se le informará que no se realizara el trámite correspondiente.
3	Coordinador de Zona	Revisa documentos, elabora póliza de zona para solicitud de fondos y traslada a Coordinador Administrativo.	Remite póliza con solicitud de fondos de la zona, anexando fotocopia de DUI y libreta de cuenta bancaria.
4	Coordinador administrativo de URSYP	Revisa y consolida la póliza de concentración preliminar para apoyos productivos de las zonas; elabora declaraciones juradas de recepción de fondos y acta de solicitud, las firma para trasladar a Jefatura de URSYP.	Al encontrar incongruencias las devuelve al coordinador de zona para ser superadas.
5	Jefatura de URSYP	Revisa documentos y firma declaración juradas de recepción de fondos.	Traslada a Coordinador Administrativo de URSYP.
6	Coordinador administrativo de URSYP	Entrega Declaración Jurada de Recepción de Fondos firmada a Coordinadores de Zona.	



Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la
Unidad de Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 21 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
7	Equipo de Zona	Planifica jornadas para firma de declaración jurada de recepción de fondos.	Realiza la gestión logística: solicita local, mobiliario, equipo informático, limpieza, prepara declaraciones juradas de recepción de fondos y convoca a las personas beneficiarias.
8	Técnico de Zona	Realiza jornada para orientar sobre el proceso y firma declaración jurada de recepción de fondos a persona beneficiarias. (Firma orden de descuento en casos que aplique).	Se explica proceso establecido y tiempo para depósito de los fondos en la cuenta. Persona beneficiaria firma original y copia de declaración jurada de recepción fondos para UAP. La persona beneficiaria pensionada por IPSFA u otras instituciones firma además, orden de descuento para hacerla efectiva en caso de incumplimiento. Entrega original a coordinador de zona, archiva copia al expediente agregando a esté constancia de pensión (en caso que aplique)
9	Coordinador de Zona	Define póliza de concentración de la zona para la gestión de fondos de UAP.	Revisa póliza de concentración preliminar con base a declaraciones juradas de recepción de fondos firmadas para trasladar a coordinador administrativo, anexa declaración jurada original.
10	Coordinador administrativo de URSYP	Revisa pólizas de concentración zonas y las consolida.	Anexa declaraciones juradas de recepción de fondos firmadas por las personas beneficiarias para trasladar a Jefatura de URSYP
11	Jefatura de URSYP	Realiza la gestión de fondos a Unidad Financiera Institucional (UFI) el día 10 calendario o hábil siguiente.	Anexa: Póliza de Concentración de personas beneficiarias especificando monto requerido y tipo de apoyo productivo, No. Acuerdo. Archivo electrónico según formato de cada institución bancaria. Declaración jurada de recepción de fondos original firmada por la persona beneficiaria. Fotocopias: DUI Y NIT ampliado a 150 %, libreta de cuenta bancaria legible, Acuerdo de Junta Directiva que autoriza la entrega de los fondos.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 22 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
12	Unidad Financiera Institucional (UFI)	Revisa y realiza depósito a cuenta bancaria de la persona beneficiaria.	Envía copia de respaldo de aplicación de depósito a cuenta bancaria al coordinador administrativo URSYP e informa a la Jefatura de la URSYP, de los casos que por diferentes motivos no fue aplicado el depósito a la persona beneficiaria.
13	Coordinador administrativo de URSYP	Recibe comprobante de aplicación a cuenta bancaria.	Registra en SIABES la aplicación de fondos a cuenta bancaria y entrega copia a coordinador de zona.
14	Equipo de zona	Archiva documentos requeridos en el proceso de entrega de UAP en el expediente físico de URSYP.	Incorpora al expediente: copia de DUI, NIT, libreta de cuenta bancaria, constancia de pensión de otras instituciones (en caso que aplique), cotizaciones de UAP, declaración jurada de recepción de fondos, orden de descuento (en caso que aplique), comprobante de nota de abono a la cuenta bancaria como constancia de la aplicación de fondos por la UAP.
15	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 23 de 89

FASE 3: Gestión de fondos por medio de cheque.

No	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Técnico de zona	Recibe y revisa copia de documentos para gestión de fondos	<p>DUI, NIT, constancia de pensión de otras instituciones (en caso que aplique) y cotizaciones de UAP en caso de incongruencias solicita correcciones. Entrega a coordinador de zona los documentos necesarios para la gestión de fondos.</p> <p>Realiza monitoreo a las personas beneficiarias con documentos pendientes reportando al coordinador de la zona.</p> <p>Si al revisar constancia de pensión de otras instituciones, la persona beneficiaria no dispone de fondos, se le informará que no se realizara el trámite correspondiente.</p>
3	Coordinador de Zona	Revisa documentos, elabora póliza de zona para solicitud de fondos y traslada a Coordinador Administrativo.	Remite póliza con solicitud de fondos de la zona, anexando fotocopia de DUI y NIT vigente a 150% de ampliación por cada persona beneficiaria.
4	Coordinador administrativo de URSYP	Revisa, consolida las pólizas de las zonas de concentración para apoyos productivos; elabora declaraciones juradas de recepción de fondos y acta de solicitud, firma los documentos que corresponde para trasladar a Jefatura de URSYP.	Al encontrar observaciones las devuelve al coordinador de zona para ser superadas.
5	Jefatura de URSYP	Revisa, valida documentos de solicitud de desembolso para gestión ante la Unidad Financiera Institucional (UFI).	<p>Anexa: Póliza de Concentración</p> <p>Especificará la modalidad de pago. Fotocopias de DUI y NIT ampliados al 150%. Acuerdo de Junta Directiva que autoriza la entrega de los fondos a cada persona beneficiaria. Original de declaración jurada en las que estará pendiente únicamente la firma de la persona beneficiaria.</p> <p>La solicitud se realizará el primer lunes de cada mes o el día hábil subsiguiente.</p>



Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la
Unidad de Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 24 de 89

No	Responsable	Actividad	Especificaciones
6	Unidad Financiera Institucional (UFI)	Confirma fecha de entrega de desembolsos a través de cheques.	Se entregarán cheques el último martes de cada mes o el día hábil subsiguiente, previa verificación de firma en DUI original y contra firma de Voucher y Declaración Jurada de recepción.
7	Equipo de Zona	Convoca a las personas beneficiarias para la entrega de cheques.	Se establecen los contactos con las personas beneficiarias para lograr la mayor asistencia.
8	Coordinador o Colaborador Administrativo	Realizan la gestión logística.	Solicita local, mobiliario, equipo informático y limpieza.
9	Coordinador Administrativo de URSYP	Realiza la entrega de cheques.	Se verifica firma de DUI y se solicita a la persona beneficiaria que firme Boucher y declaración jurada según documento. Persona beneficiaria firma original y copia de declaración jurada, para UFI y copia para URSYP. La persona beneficiaria pensionada por IPSFA u otras instituciones firma además orden de descuento para hacerla efectiva en caso de incumplimiento.
10	Coordinador Administrativo de URSYP	Registra en SIABES la entrega de los fondos y traslada copia declaración jurada de recepción de fondos a coordinador de zona.	
11	Coordinador Administrativo de URSYP	Recibe informe de UFI por correo electrónico sobre cheques pendientes de entrega.	El beneficiario tiene 20 días calendario para retirar el cheque, de lo contrario se procederá a su anulación; lo que será solicitado por UFI a URSYP en ese período.
12	Jefatura de URSYP	Remite solicitud de anulación de cheques a UFI, en caso de no materializarse la entrega de los mismos a las personas beneficiarias.	Una vez anulados los cheques, se iniciará un nuevo proceso de solicitud para los casos que aplique.
13	Equipo de zona	Archiva documentos requeridos en el proceso de entrega de UAP en el expediente físico de URSYP.	Ingresar: copia de DUI, NIT, constancia de pensión de otras instituciones (en caso que aplique), cotizaciones de UAP, declaración jurada de recepción de fondos, orden de descuento (en caso que aplique).
14	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 25 de 89

FASE 4: Obtención de los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona Beneficiaria	Cotiza componentes e insumos de la UAP.	Las personas beneficiarias con limitaciones para desarrollar este paso será necesario el acompañamiento o asesoría técnica de URSYP.
3	Persona Beneficiaria	Entrega de cotizaciones de UAP a Equipo de Zona.	Los Técnicos de cada Zona reciben y revisan cotizaciones para verificar, validar o rechazar las cotizaciones de los componentes de las UAP respetando el techo máximo establecido.
4	Coordinador de Zona	Realiza la gestión de desembolsos de fondos para UAP.	Elabora y entrega cuadro de solicitud de desembolsos a Coordinador Administrativo, anexando fotocopia de DUI y NIT vigentes a 150% de ampliación por cada persona beneficiaria.
5	Coordinador administrativo de URSYP	Revisa y consolida las solicitudes de fondos de las zonas y traslada a Jefatura de URSYP	
6	Coordinador administrativo de URSYP	Elabora Declaraciones Juradas de recepción de fondos y acta de solicitud de desembolso.	Se anexan al cuadro de solicitud de desembolsos y se remite a la Jefatura de URSYP.
7	Jefatura de URSYP	Realiza validación de solicitudes de desembolso para la gestión ante la Unidad Financiera Institucional (UFI).	Se anexará a la solicitud: Listado de personas beneficiarias especificando el monto requerido para cada una. Fotocopias de DUI y NIT ampliados al 150%. Acuerdo de Junta Directiva que autoriza la entrega de los fondos a cada persona beneficiaria. Un original de Declaración Jurada en las que estará pendiente únicamente la firma de la persona beneficiaria. La solicitud se realizará cada primer lunes hábil de mes o el subsiguiente día.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 26 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
8	Unidad Financiera Institucional (UFI)	Confirma fecha de entrega de los desembolsos por medio de cheques.	Se entregarán cheques el último lunes hábil de cada mes o el día hábil subsiguiente, previa verificación de firma en DUI original y contra firma de Boucher y Declaración Jurada de recepción.
9	Equipo de Zona	Convoca a las personas beneficiarias para la entrega de cheques	Se establecen los contactos con las personas beneficiarias para lograr la mayor asistencia.
10	Coordinador o Colaborador Administrativo	Realizan la gestión logística.	La logística consiste en: Solicitar local, refrigerios, mobiliario, equipo informático y limpieza.
11	Coordinador o Colaborador Administrativo y técnico de zona	Realizan acompañamiento a las personas beneficiarias para la entrega de cheques y suscripción de declaración jurada de recepción fondos para UAP.	Personal de la URSYP acompañará a las personas beneficiarias autorizadas, para la recepción del cheque de la UAP; esta se verificará junto a la firma de Boucher. Se suscribe la Declaración Jurada: Original para la UFI, copia para la persona beneficiaria, y URSYP.
12	Coordinador Administrativo de URSYP y colaboradores financieros de UFI	Realizan la entrega de cheques.	Para el caso de personas beneficiarias indemnizadas, los Técnicos de la URSYP acompañan de manera directa en la obtención efectiva de los componentes de UAP
13	Coordinador Administrativo de URSYP	Entrega copia de Declaración Jurada de Cumplimiento a coordinador de zona para su archivo en el expediente de URSYP.	
14	Coordinador Administrativo de URSYP	Recibe informe de UFI por correo electrónico sobre cheques pendientes de entrega.	El beneficiario tiene 20 días calendario para retirar el cheque, de lo contrario se procederá a su anulación; lo que será solicitado por UFI a URSYP en ese período.
15	Jefatura de URSYP	Remite solicitud de anulación de cheques a UFI, en caso de no materializarse la entrega de los mismos a las personas beneficiarias.	Una vez anulados los cheques, se iniciará un nuevo proceso de solicitud para los casos que aplique.
16	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 27 de 89

CÓDIGO: URSYP – 04

6.4 SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA

FASE 1: Seguimiento a la obtención e instalación de la UAP

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Coordinador de Zona	Remite a Comisión de Seguimiento el listado de personas beneficiarias con UAP entregados.	
3	Equipo de Zona	Recibe y revisa documentos probatorios presentados por la persona beneficiaria sobre la obtención de los componentes de la UAP.	Cualquier variación que exista entre los componentes de la UAP con relación al catálogo y los documentos de respaldo de compra, serán observados para rectificar, aclarar, o reintegrar según corresponda. Las copias de los documentos se anexan a cada expediente de URSYP.
4	Coordinador Administrativo	Elabora y remite a los coordinadores de zona las Declaraciones Juradas de Cumplimiento de la obtención de los componentes de UAP por parte de las personas beneficiarias.	Estas Declaraciones Juradas tienen pendiente de complementar la descripción y montos de los componentes de UAP.
5	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Completa la Declaración Jurada de Cumplimiento con la descripción y montos de los componentes de UAP.	Se imprime declaración jurada de cumplimiento para posterior firma de la persona beneficiaria.
6	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Elabora la programación de visita semanal en Sistema Informático.	VER PROCEDIMIENTO 6.7 Programación de transporte para realizar visita técnica
7	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Realiza seguimiento in situ al cumplimiento de la obtención de los componentes de la UAP y suscripción de Declaración de Cumplimiento.	Cualquier variación que se identifique entre los componentes de la UAP adquiridos será registrada en el espacio de observaciones de la Declaración Jurada de Cumplimiento.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 28 de 89

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
8	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Elabora cuadro reportando los casos de incumplimiento	Serán remitidos al Coordinador de Zona correspondiente y cada tres meses se referirán a la jefatura de URSYP VER PROCEDIMIENTO 6.5
9	Equipo de zona	Registran en Sistema Informático las actividades realizadas	Archivan los documentos en expediente de la persona beneficiaria
10	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 29 de 89

FASE 2: Seguimiento al Desarrollo de la Actividad Productiva

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Revisa el listado de personas beneficiarias con UAP entregados.	
3	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Elabora la programación de visitas semanal en Sistema Informático.	VER PROCEDIMIENTO 6.7 Programación de Actividades de Campo
4	Agrónomo y Trabajador Social Comisión de Seguimiento	Realiza contacto de manera directa con la persona beneficiaria, ya sea en visita domiciliar, en oficinas de FOPROLYD o en otro lugar que se considere pertinente.	Los técnicos visitan a la persona beneficiaria para orientar o verificar la actividad productiva y la situación particular según el caso (a través de una entrevista exploran los avances, limitaciones y se brinda la asesoría correspondiente).
5	Agrónomo y Trabajador Social Comisión de Seguimiento	Completa Hoja de Seguimiento.	Cuando sea necesario dejara indicaciones por escrito a la persona beneficiaria.
6	Persona Beneficiaria o responsable de UAP	Firma o marca su huella digital en Hoja de Seguimiento.	
7	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Identifica y propone al equipo de zona complementos de UAP con remanente económico	Verifica necesidades de fortalecimiento de la actividad productiva, considerando criterios establecidos en las normas del presente manual
8	Equipo de Zona	Analizan y firman informe técnico para complemento, y refieren a Coordinador de Zona	Se incorpora a futuras propuestas para ser autorizadas por Junta Directiva.
9	Agrónomo y Trabajador Social Comisión de Seguimiento	Ingresa al Sistema Informático, la información relacionada con el seguimiento brindado a la persona beneficiaria.	
10	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Archiva hoja de seguimiento en el expediente del beneficiario.	
11	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 30 de 89

FASE 3: Seguimiento a la Sostenibilidad de la Actividad Productiva

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Identifica periódicamente las buenas prácticas y experiencias exitosas de actividades productivas.	Elabora base de datos con beneficiarios, productos y servicios que ofrecen.
3	Coordinador de Zona y Equipo de Zona	Revisa base de datos para planificar las diferentes ferias a nivel nacional, para que los beneficiarios participen con sus productos y servicios.	Con el objeto de promover a las personas beneficiarias para la sostenibilidad de la actividad productiva.
4	Equipo de Zona	Coordina la participación de las personas beneficiarias.	Las actividades de coordinación son: 1. Gestión de espacio a nivel local. 2. Gestión de mobiliario y equipo 3. Gestión de alimentación (Si aplica) 4. Promoción del evento 5. Convocatoria de personas beneficiarias
5	Equipo de Zona	Elabora la programación en el Sistema informático.	VER PROCEDIMIENTO 6.7 Programación de Actividades de Campo
6	Equipo de Zona y personas beneficiarias.	Realiza la actividad programada	Se debe elaborar el listado de asistencia y toma de fotografías (apoyo del Departamento de Comunicaciones).
7	Mercadologo y Equipo de zona	Elabora el informe de la actividad realizada y remite a Coordinador de Zona para su revisión.	El coordinador remite el informe a la jefatura de URSYP.
8	Mercadologo y Equipo de zona	Ingresa al Sistema Informático, la información relacionada con la participación de la persona beneficiaria.	Archiva en expediente de URSYP de cada persona beneficiaria, el listado de asistencia e informe de la actividad.
9	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 31 de 89

CÓDIGO: URSYP – 05

6.5 CASOS DE INCUMPLIMIENTO DESPUES DE RECEPCION DE FONDOS

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Elabora y remite cuadro reportando los casos de incumplimiento	Se anexa fotocopia de notificación y orientación, declaraciones juradas de recepción de fondos y cumplimiento cada tres meses a partir de la recepción de cheque.
3	Coordinador de zona	Revisa cuadro y documentación de casos de incumplimiento	Traslada a jefatura de URSYP
4	Jefatura de URSYP	Solicita al Departamento de Pensiones y Beneficios Económicos el número de cuotas y el monto a descontar según pensión de la persona beneficiaria	
5	DPYBE	El Departamento de Pensiones y Beneficios Económicos propone el número de cuotas y el monto a descontar según pensión de la persona beneficiaria	
6	Jefatura de URSYP	Traslada informe de casos de incumplimiento a Gerencia General para gestionar acuerdo de Junta Directiva que autorice el número y monto por cuota para el Reintegro de fondos.	
7	Jefatura de URSYP	Recibe acuerdo de Junta Directiva y traslada a colaborador administrativo para elaborar notificación	
8	Colaborador Administrativo	Traslada a Coordinadores de zona notificación de acuerdo de Junta Directiva	
9	Coordinador de zona	Remite a equipo de zona notificación de acuerdo de junta directiva.	Se valorara la situación de seguridad del equipo de zona para realizarla in situ, fuera del domicilio o en FOPROLYD.
10	Equipo de zona	Realiza notificación.	Los Técnicos de cada Zona registrarán en el Sistema Informático de FOPROLYD, las actividades realizadas con cada persona beneficiaria y los documentos son archivados al expediente de URSYP.
11	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 32 de 89

CODIGO: URSYP - 06

**6.6 EGRESO DE LA PERSONA BENEFICIARIA PROGRAMA DE APOYO A LA
INSERCIÓN PRODUCTIVA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS
PENSIONADAS DE FOPROLYD**

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Identifica y propone los casos de personas beneficiarias que reúnen criterios de egreso del programa	Elabora informe de egreso considerando los criterios establecidos en el mismo.
3	Coordinador y Equipo de Zona	Analiza la propuesta de casos de egreso	Se determinan casos de personas beneficiarias para egreso y se firma informe de egreso por parte del equipo.
4	Agrónomo Comisión de Seguimiento	Registra en el Sistema Informático el EGRESO de la persona beneficiaria, detallando el motivo.	Archiva en el expediente de la persona beneficiaria el informe de egreso.
5	Coordinador de Zona	Remite reporte y expediente de persona beneficiaria egresada a Coordinador Administrativo	Firma copia de recibido de expediente,
6	Coordinador Administrativo	Consolida casos de personas egresadas del programa, traslada al archivo pasivo de beneficiarios de URSYP, informa a Jefatura de URSYP	.
7	FIN		

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 33 de 89

CODIGO: URSYP - 07

6.7 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE CAMPO

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Equipo de Zona	Elabora programación semanal de actividades de campo para las diferentes fases del programa de URSYP. Posteriormente la remite al Coordinador de Zona.	La planificación de las visitas dependerá de la condición de seguridad que exista en la zona del domicilio de la persona beneficiaria.
3	Coordinador de Zona	Revisa y consolida la programación de actividades de campo por zona, la cual es remitida a Colaborador Administrativo.	
4	Colaborador Administrativo	Consolida las programaciones de la URSYP y es remitida a la Jefatura de Unidad.	
5	Jefatura de URSYP	Revisa y remite a Gerencia General.	FIN
6	Equipo de zona	Ingresan al Sistema Informático de Transporte la programación completa de visitas de campo de la próxima semana.	
7	Coordinador de zona	Autoriza en el Sistema Informático la programación de visitas de campo.	
8	Equipo de zona	De acuerdo a imprevistos y casos especiales, solicitan a Coordinador de Zona realizar modificaciones al programa de transporte, si fuera necesario.	El cambio puede ser: 1) Cambio de ruta 2) Ampliación de ruta 3) Adición o suspensión de técnico 4) Suspensión de visita de campo Las cuales deben de ser aprobadas por el Coordinador de zona para gestionar con el Departamento de Servicios Generales
9	Equipo de zona	Realiza visita de campo de acuerdo a programa de transporte.	
10	FIN		En caso de requerir un transporte en días u horarios extraordinarios, el coordinador de zona solicita autorización a la jefatura de URSYP.

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 34 de 89

7. GLOSARIO, ACRONIMOS Y SIGLAS

Término	Definición
ACTIVIDAD PRODUCTIVA	Es la acción que ejecuta la persona beneficiaria o su grupo familiar para generar ingresos económicos
CAPACITACION	Es una fase de los procesos del programa de Apoyo a la Reinserción, mediante la cual se desarrollan habilidades y destrezas, en los beneficiarios y su grupo familiar, que les permitan un mejor desempeño en sus labores habituales. Puede ser interna o externa, de acuerdo a los intereses específicos que puedan brindar aportes a la mejora de las competencias individuales
COMPONENTES DE UNIDADES DE APOYOS PRODUCTIVOS	Son los insumos, especies, equipos, herramientas y mobiliario que conforman la Unidad de Apoyo Productivo...
CTE	Comisión Técnica Evaluadora
DAYOR	Departamento de Atención y Orientación
DPYBE	Departamento de Pensiones y Beneficios Económicos
EGRESO	Es la fase de cierre de la atención de la persona beneficiaria dentro del Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD.
FOPROLYD	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado
FORMACION VOCACIONAL	Proceso mediante el cual se apoya el desarrollo de habilidades, respecto a un área específica de interés de la persona beneficiaria.
FORMACION ACADEMICA	Se apoya financieramente para completar estudios a nivel superior con el fin de potenciar el desempeño de funciones técnicas o profesionales.
FORMULARIOS	Son los instrumentos a utilizar por los técnicos de URSYP, en los diferentes procesos de gestión operativa y administrativa.
INGRESO	Es la fase inicial de la atención de la persona beneficiaria dentro del Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD, a partir de la referencia de CTE.
NOTIFICACIÓN	Dar a conocer los resultados y recomendaciones al beneficiario, sobre el dictamen final de los Acuerdos de Junta Directiva.
ORIENTACIÓN	Atención personalizada a la persona beneficiaria o su grupo familiar cercano relacionada con el proceso de Reinserción Laboral y Productiva.
SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA	Son las acciones que se desarrollan posteriormente a la recepción de fondos para unidades de apoyos productivos, verificando la adquisición de componentes de la UAP e instalación, desarrollo y sostenibilidad de la actividad productiva.
UAP	Unidad de Apoyo Productivo: Es un conjunto de insumos, equipos, herramientas y mobiliario que se entregan a las personas beneficiarias en apoyo al fortalecimiento y desarrollo de iniciativas emprendedoras

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 35 de 89

Término	Definición
URSYP	Unidad de Reinserción Social y Productiva
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
UFI	Unidad Financiera Institucional

8. LINEAMIENTOS PARA SU ACTUALIZACIÓN

La administración del presente “Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva” estará a cargo de la Unidad de Reinserción Social y Productiva.

Deberá ser actualizado por la Unidad de Reinserción Social y Productiva, por expreso requerimiento de Junta Directiva en coordinación con la Oficina de Desarrollo Organizacional, causa de cambios legales, normativos y a las necesidades que se presenten de acuerdo al dinamismo de la institución; su aplicación será de carácter obligatorio.

Toda modificación a este Manual, deberá ser revisada por la Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional, a través de la Oficina de Desarrollo Organizacional, posteriormente por Gerencia General y finalmente aprobada por la Junta Directiva; debiendo ser divulgada por la Unidad de Reinserción Social y Productiva de FOPROLYD.

9. APROBACIÓN

En razón de lo anterior y de conformidad al Acuerdo de Junta Directiva No. **140.03.2015**, contenido en el Acta No **09.03.2015**, de fecha **11 de marzo de 2015**, por medio del cual **A P R U E B A** en todas sus partes el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva, el cual consta de 89 páginas numeradas.

10. CONTROL DE CAMBIOS RELEVANTES

A continuación se detallan los cambios relevantes del presente manual:

- Se cambió el nombre y actualizo el Programa de la URSYP de: Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD por **Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD**.
- Se actualizo la FASE 1: Notificación y Orientación del procedimiento 6.3 Entrega de unidades de apoyo productivo y otras actividades de apoyo para el acceso al trabajo digno.
- Se adicionaron la FASE 2 y 3 del procedimiento 6.3 Entrega de unidades de apoyo productivo y otras actividades de apoyo para el acceso al trabajo digno.

FASE 2: Gestión de fondos para Depósito a Cuenta Bancaria

FASE 3: Gestión de fondos por medio de cheque

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva	Fecha: 19-06-2017	
		Rev.: 02	Pág. 36 de 89

6. Se modificaron los siguientes formularios:

13.2.7 Notificación y Orientación para Unidad de Apoyo Productivo

13.2.14 Declaración Jurada de recepción de fondos para Unidad de Apoyo Productivo

11. REFERENCIAS

Para la actualización del presenta manual se tomó como referencia:

El Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de la Unidad de Reinserción Social y productiva aprobado por Junta Directiva el 11 de marzo del 2015, según Acuerdo No 140.03.2015.

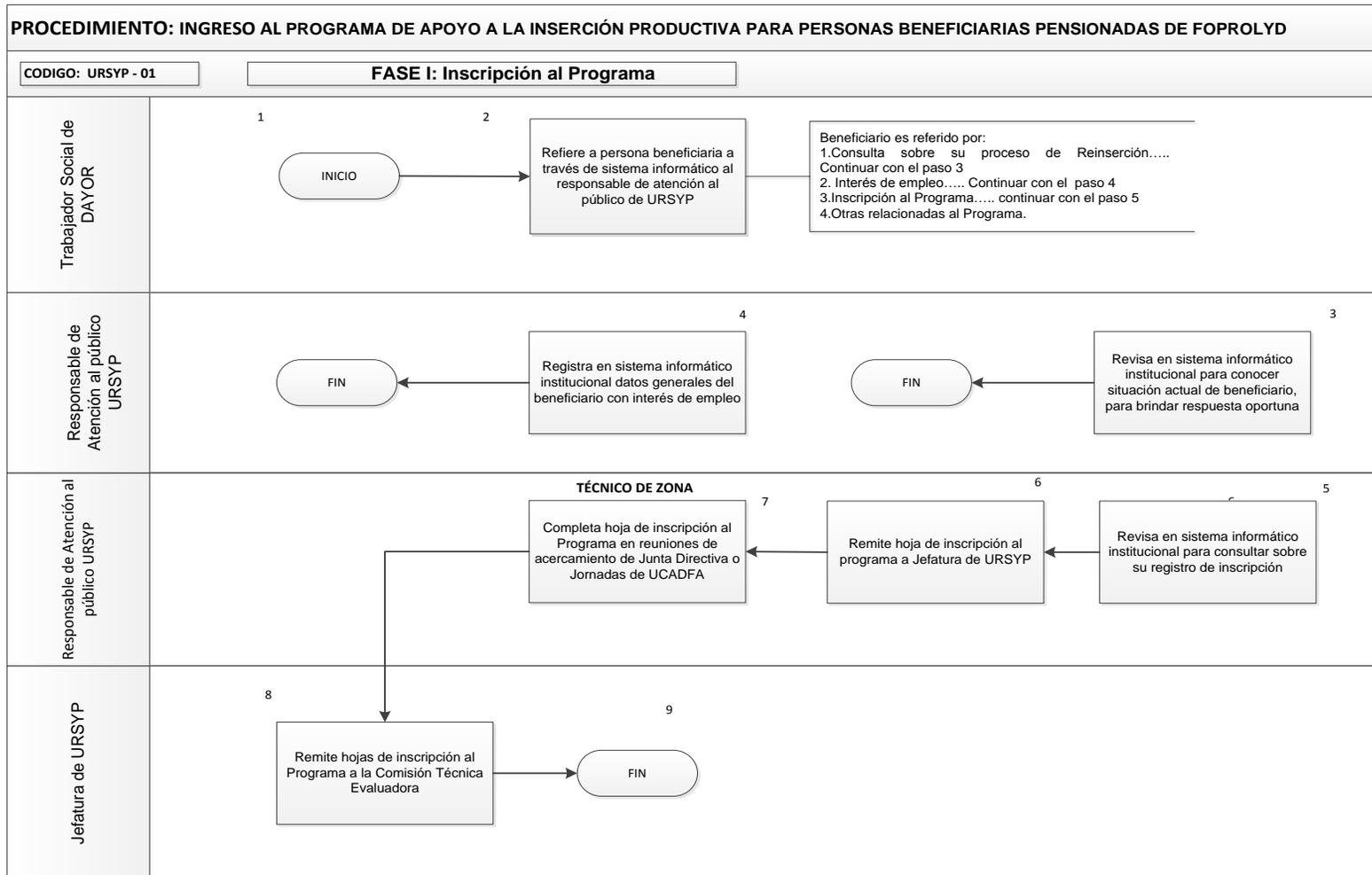
12. CONTROL DE VERSIONES

Código del Manual	Revisión No.	Vigencia desde	Acuerdo de Junta Directiva No.	Descripción del cambio
URSYP-MA-00	00	07-07-2011	387.06.2011	Creación
URSYP-MA-01	01	11/03/2015	140.03.2015	Primera Actualización
URSYP-MA-02	02	xx.06.2017	xxx.06.2017	Segunda Actualización



13. ANEXOS

13.1 DIAGRAMAS DE FLUJOS

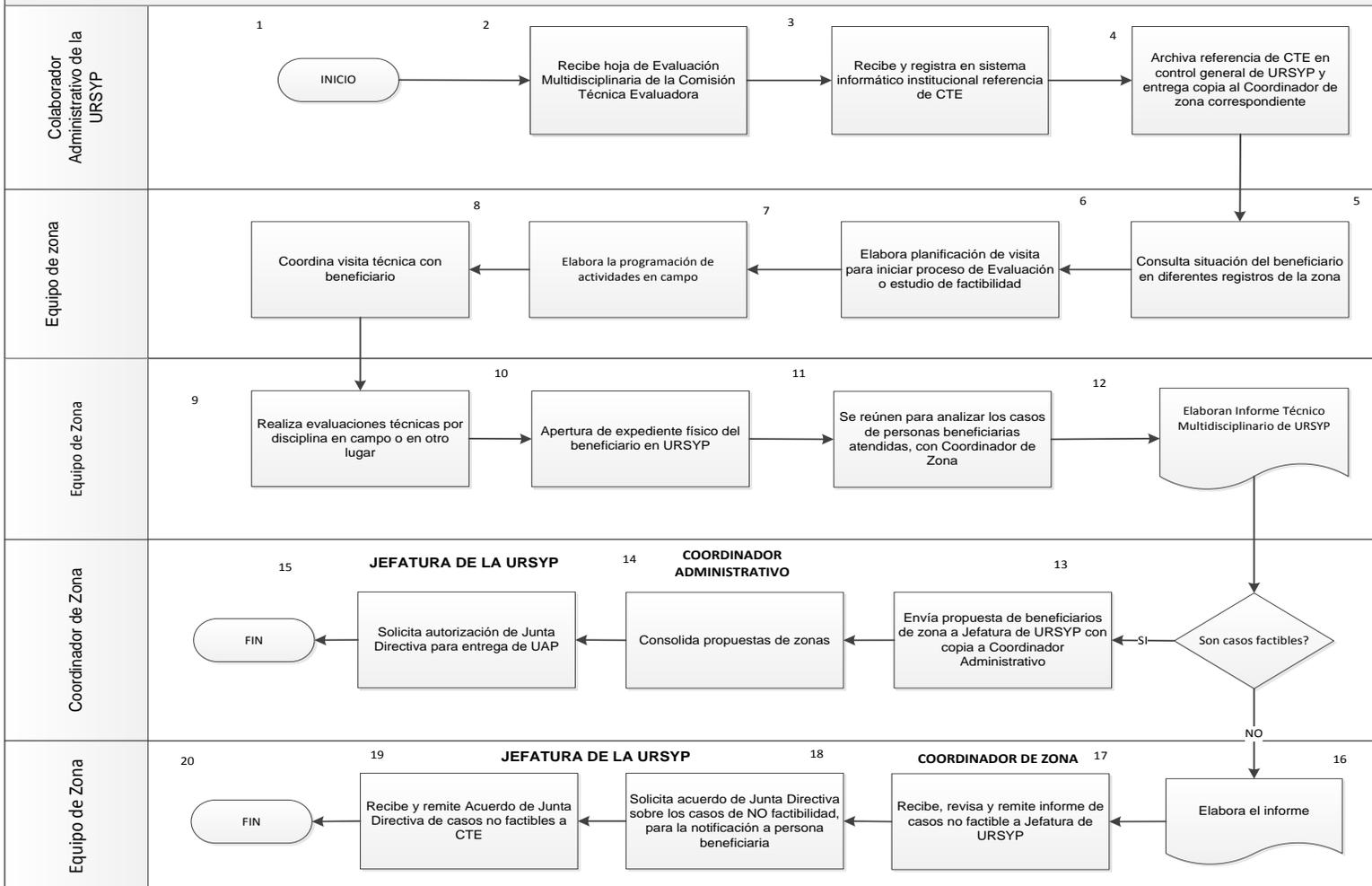




PROCEDIMIENTO: INGRESO AL PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN PRODUCTIVA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS DE FOPROLYD

CODIGO: URSYP - 01

FASE II: Ingreso y Evaluación al Programa

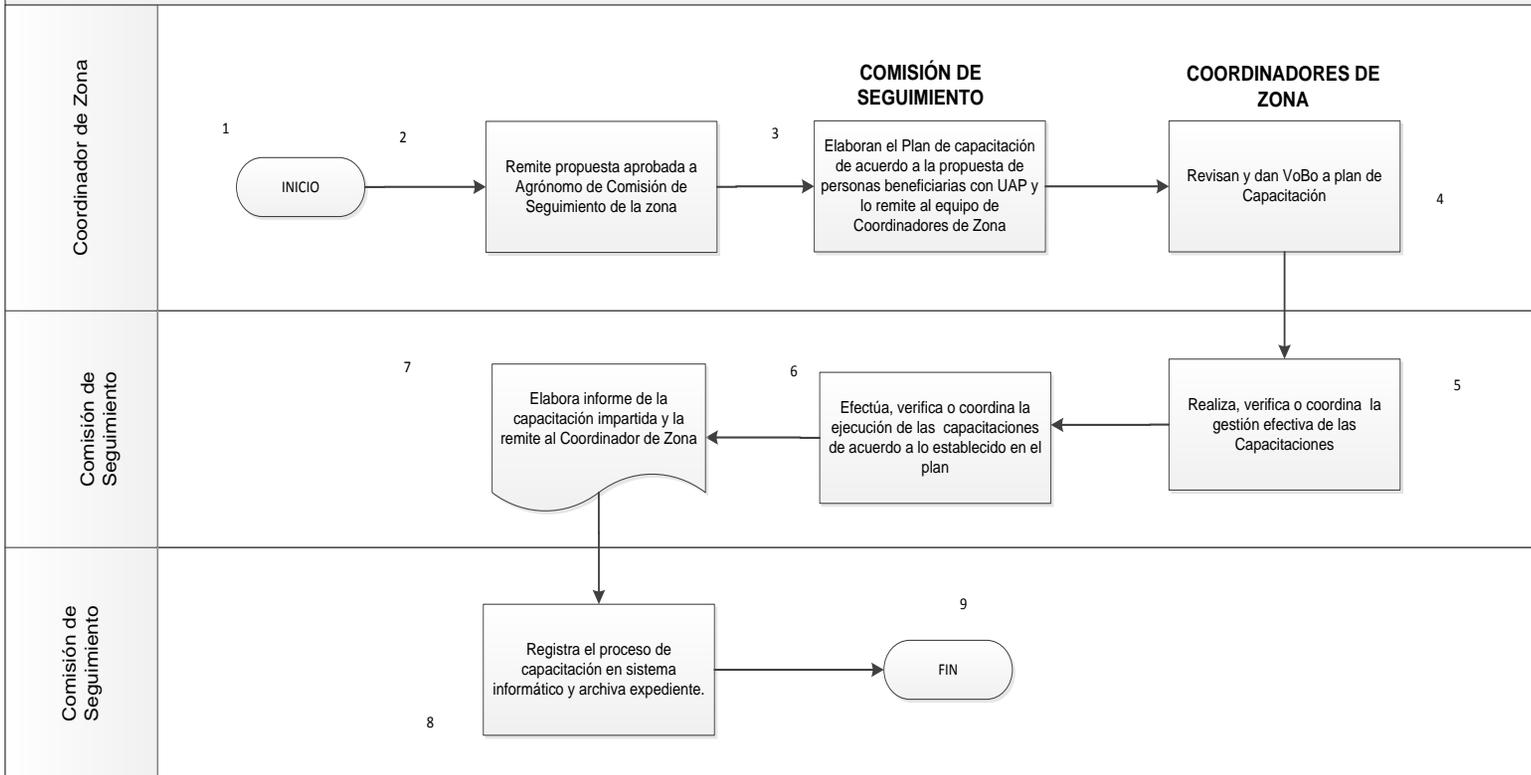




PROCEDIMIENTO: CAPACITACIÓN A PERSONAS BENEFICIARIAS

CODIGO: URSYP - 2

2 A. Capacitación a personas beneficiarias

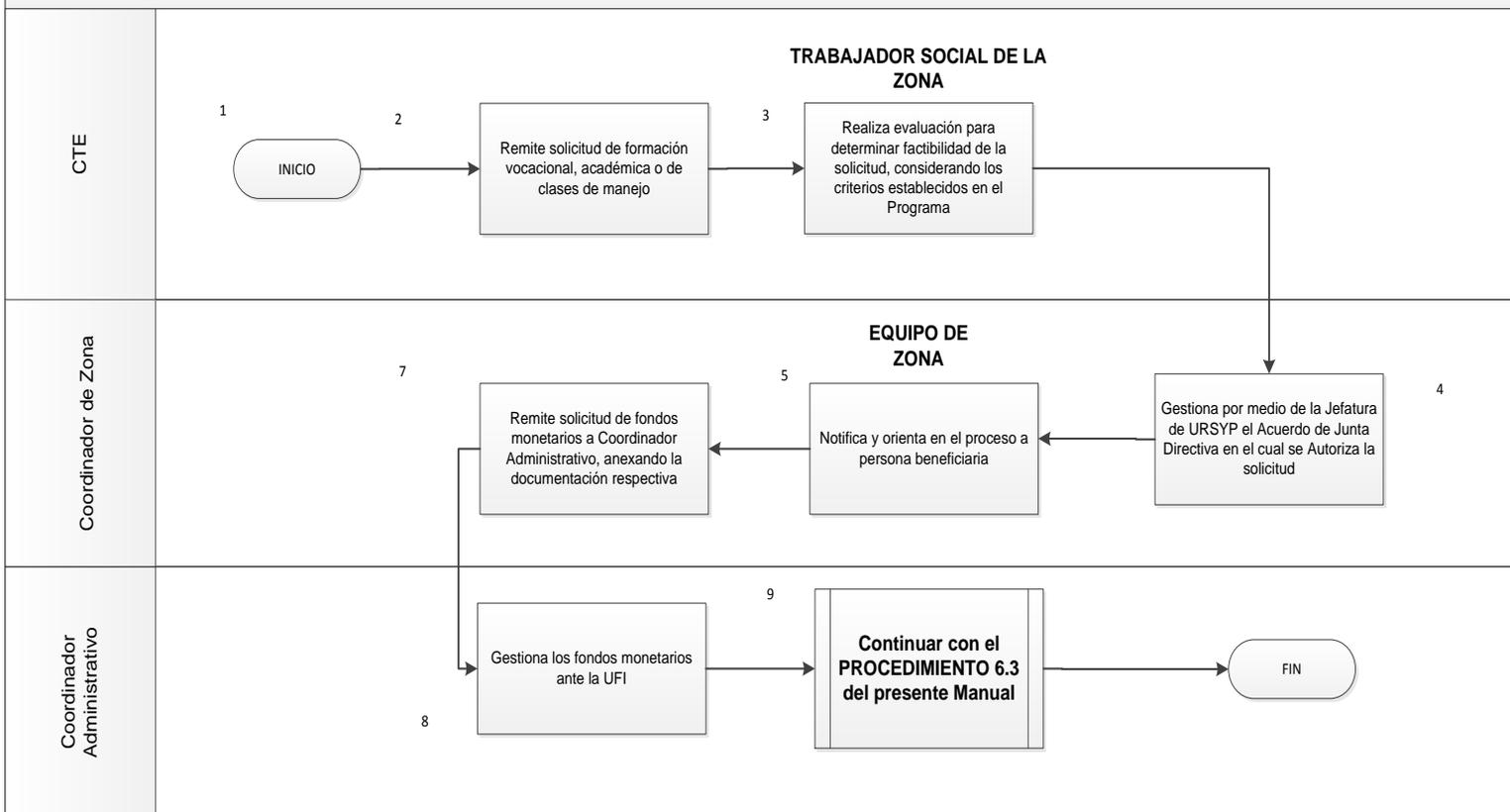




PROCEDIMIENTO: CAPACITACIÓN A PERSONAS BENEFICIARIAS

CODIGO: URSYP - 2

2 B. Formación vocacionales, académicas y otras para personas beneficiarias

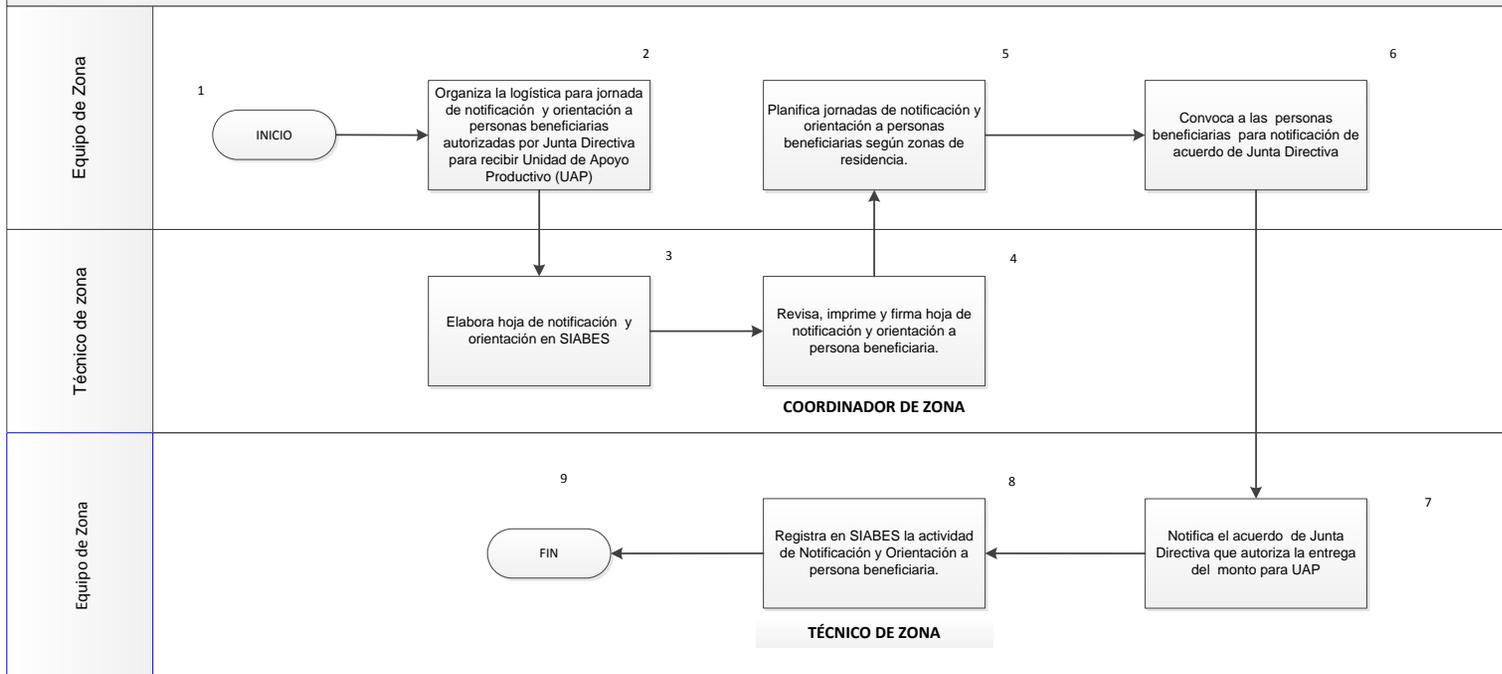


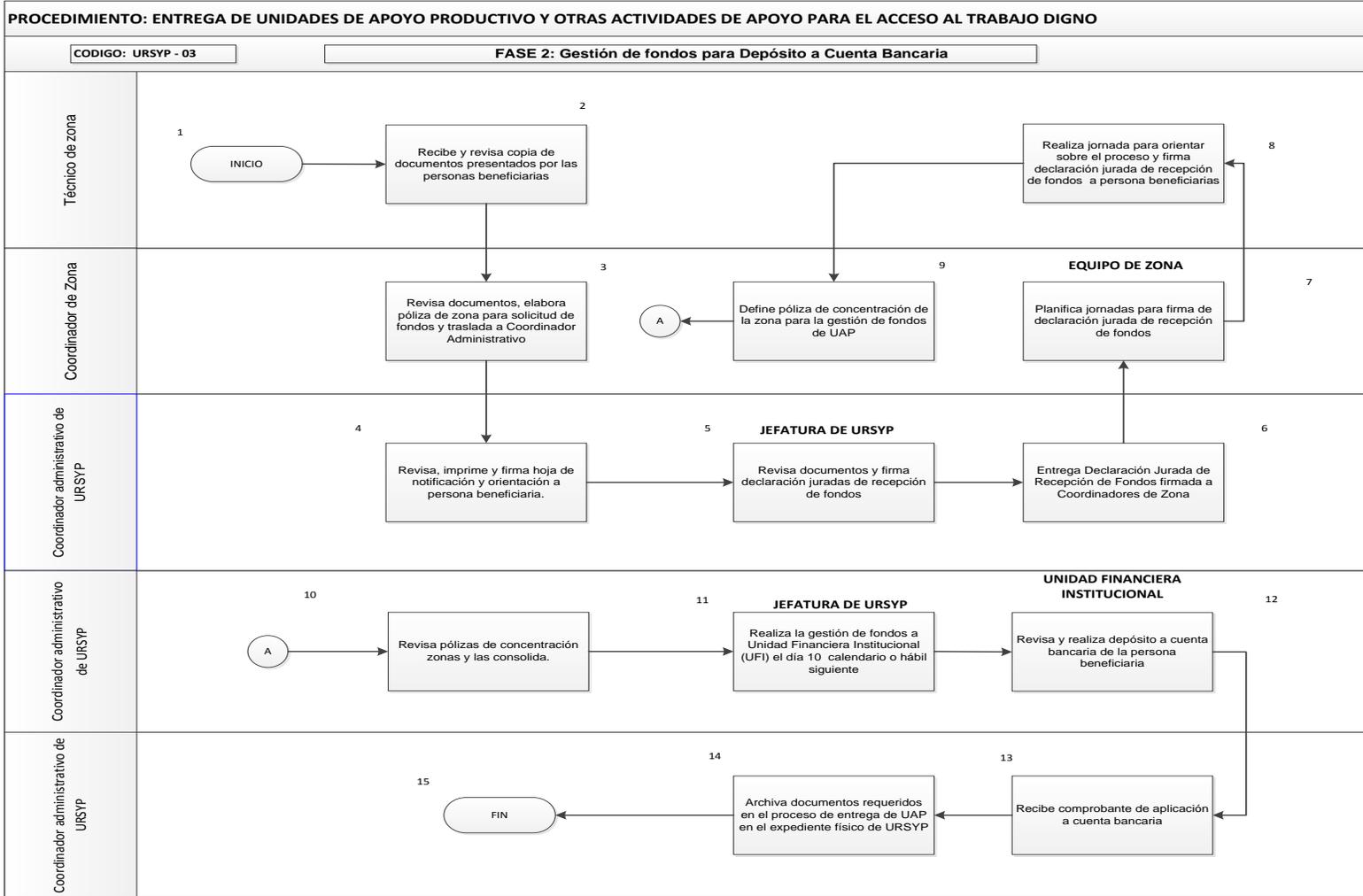


PROCEDIMIENTO: ENTREGA DE UNIDADES DE APOYO PRODUCTIVO Y OTRAS ACTIVIDADES DE APOYO PARA EL ACCESO AL TRABAJO DIGNO

CODIGO: URSYP - 03

FASE 1: Notificación y orientación





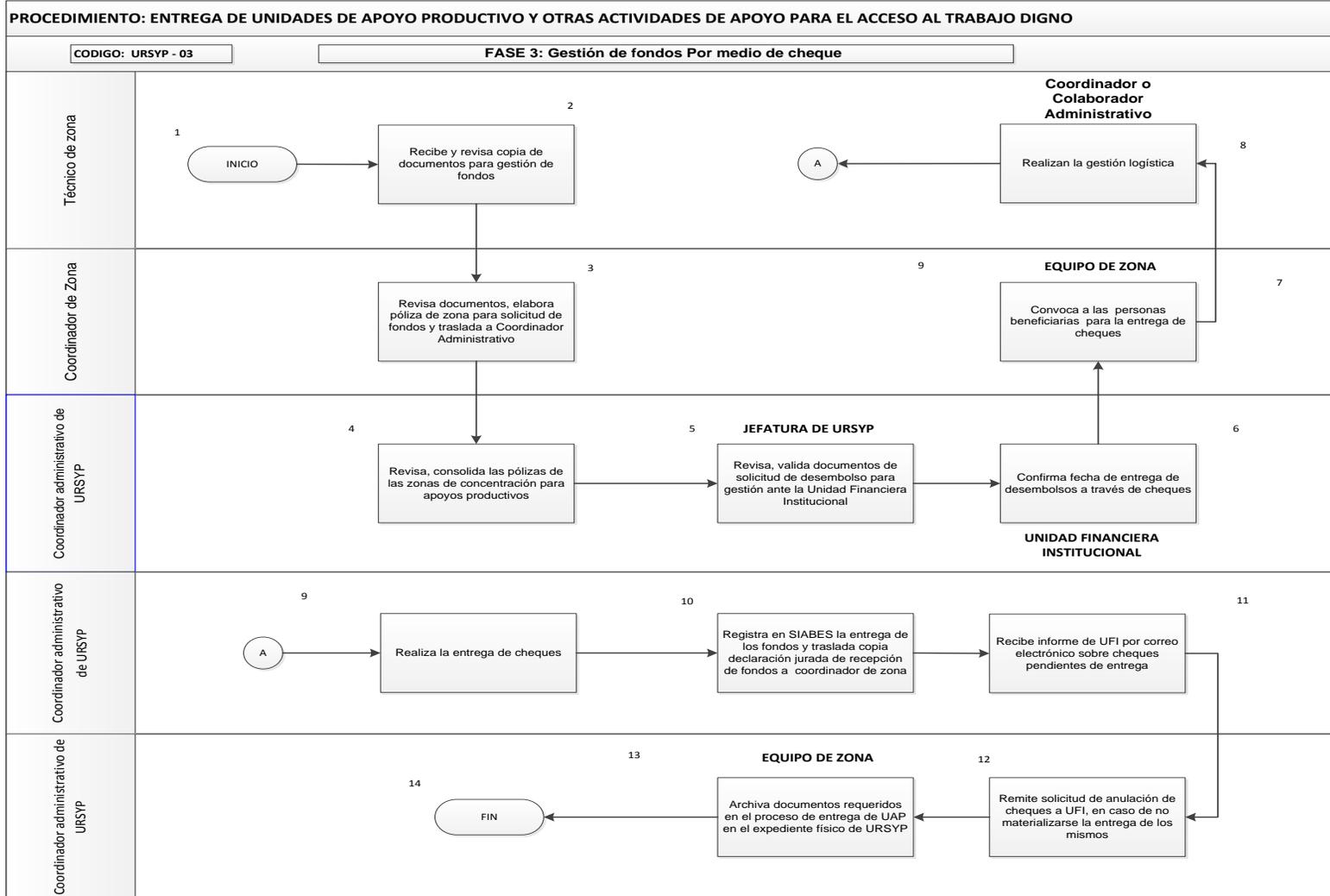


Manual de Políticas, Normas y Procesos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva

Fecha: 11-03-2015

Rev.: 02

Pág. 43 de 89

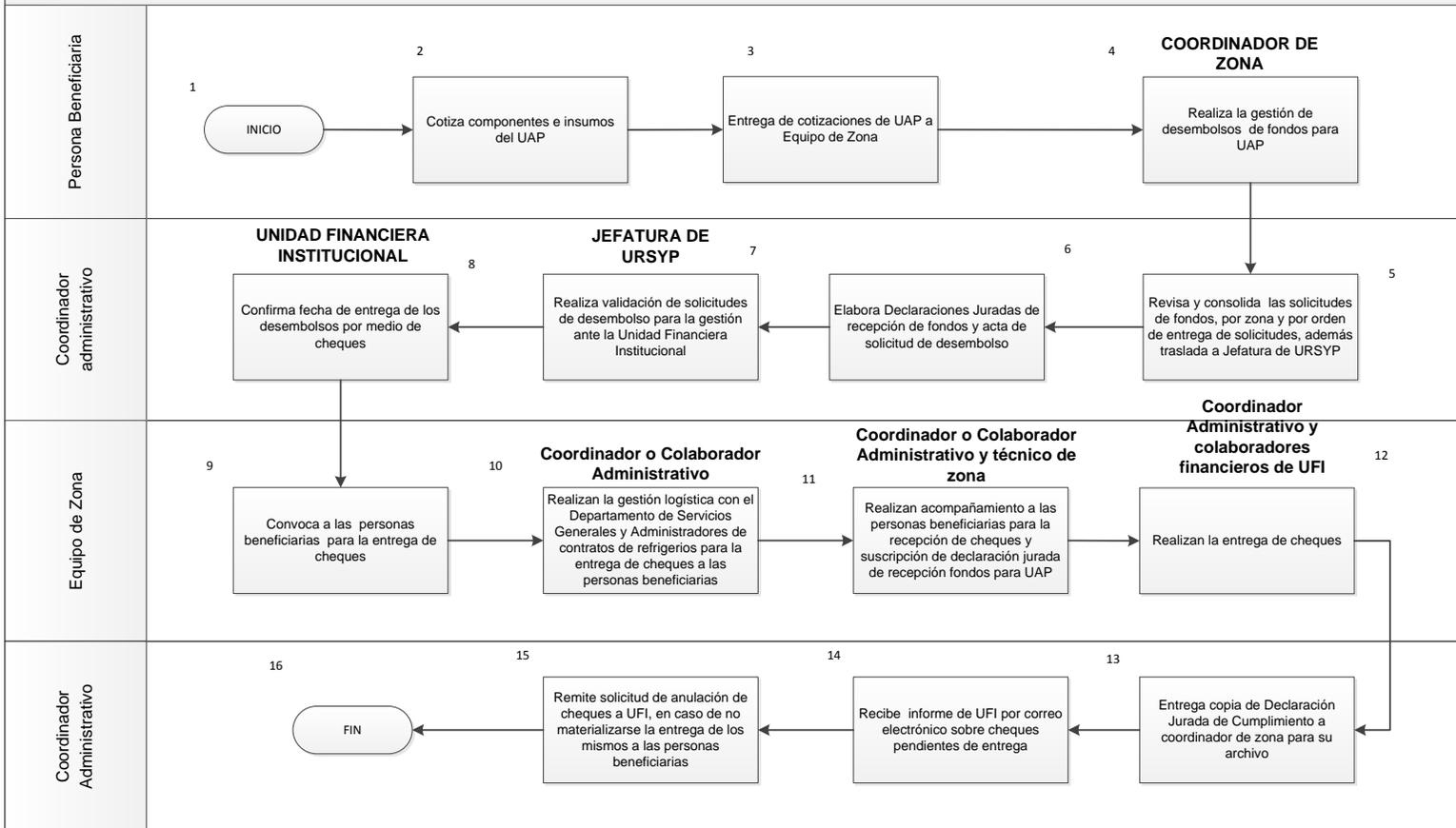




PROCEDIMIENTO: ENTREGA DE UNIDADES DE APOYO PRODUCTIVO Y OTRAS ACTIVIDADES DE APOYO PARA EL ACCESO AL TRABAJO DIGNO

CODIGO: URSYP - 03

FASE 4: Obtención de los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo

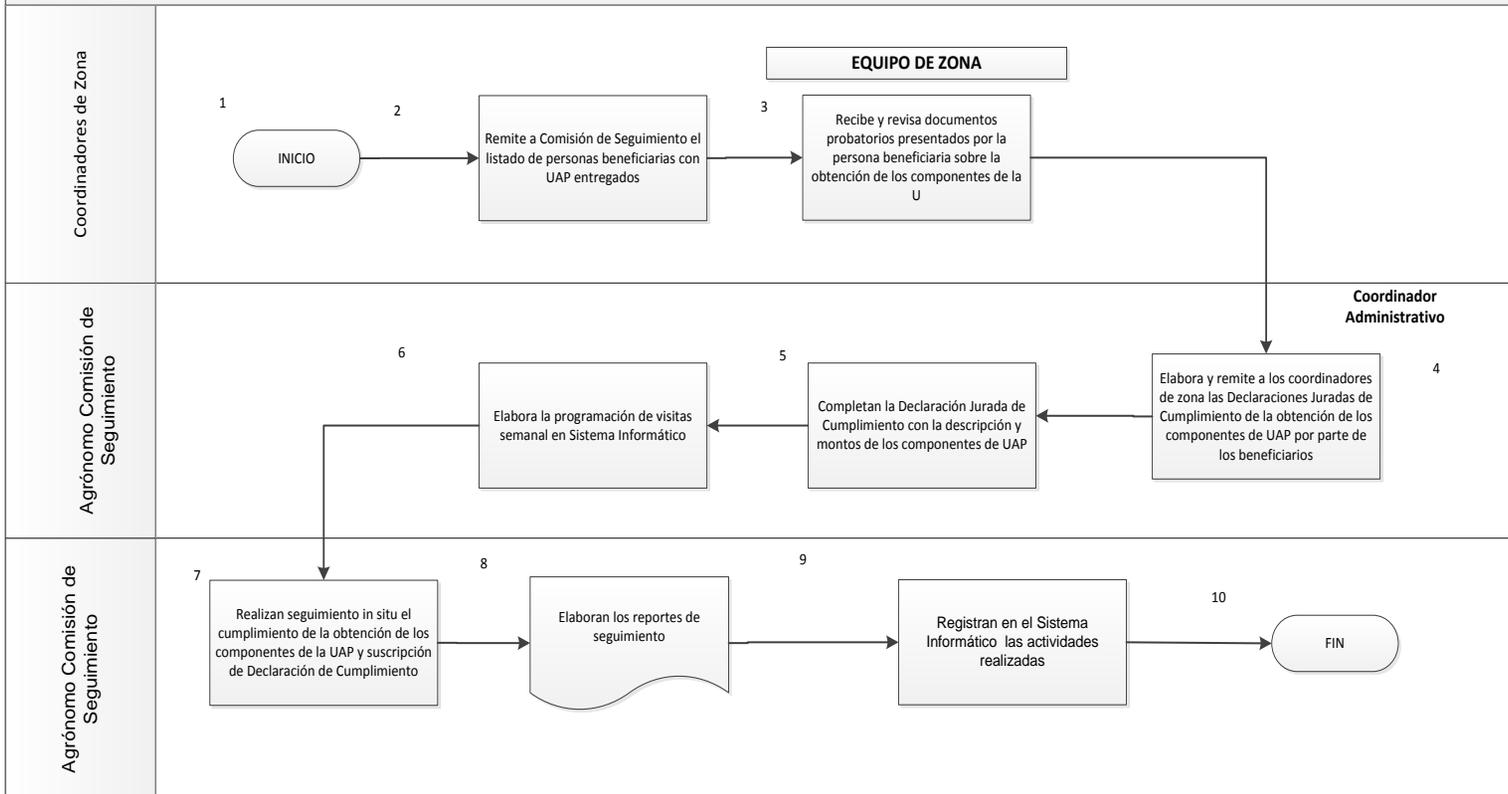




PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA

CODIGO: URSYP - 4

FASE 1: Seguimiento a la obtención e instalación de la UAP

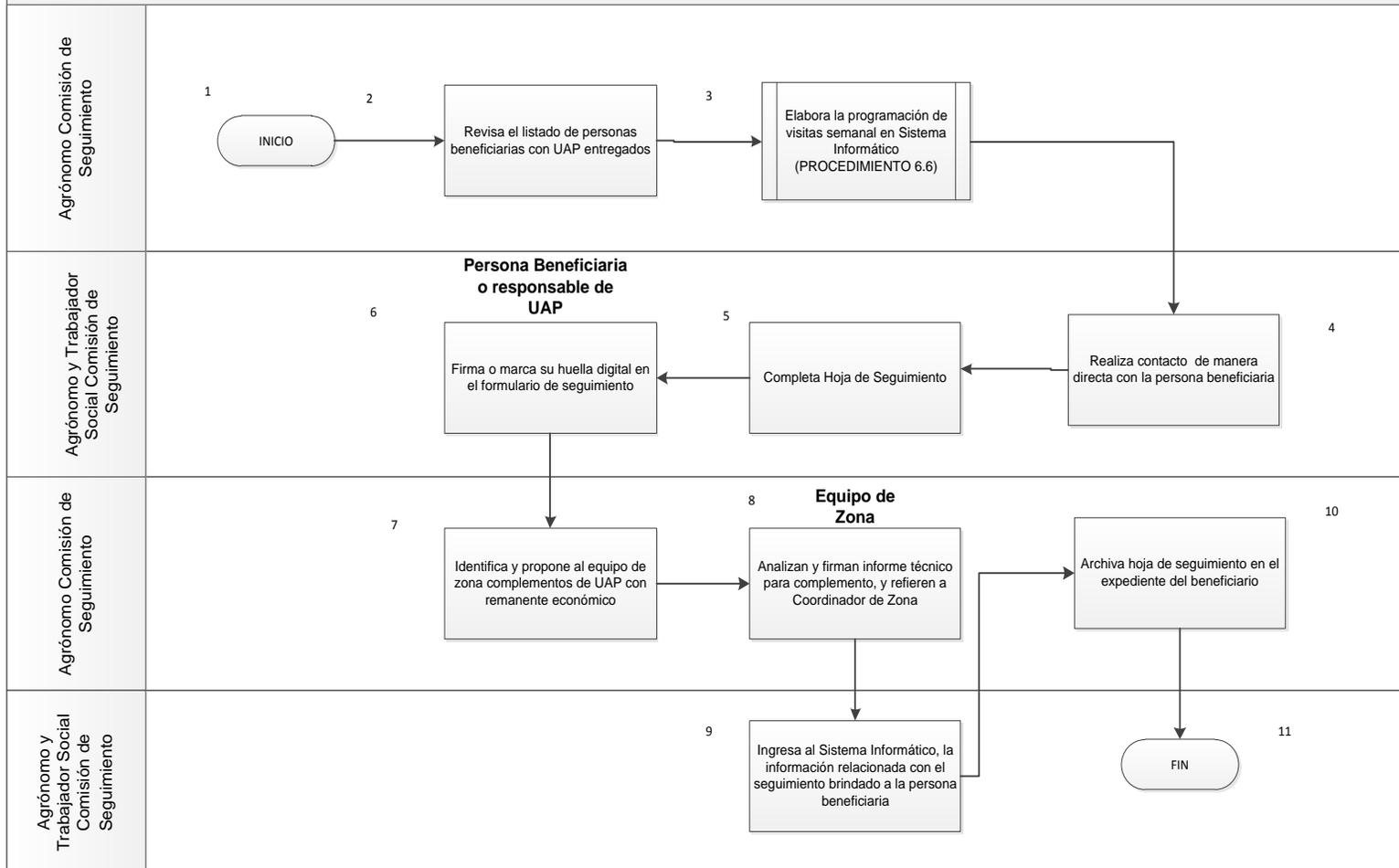




PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA

CÓDIGO: URSYP - 4

FASE 2: Seguimiento al Desarrollo de la Actividad Productiva

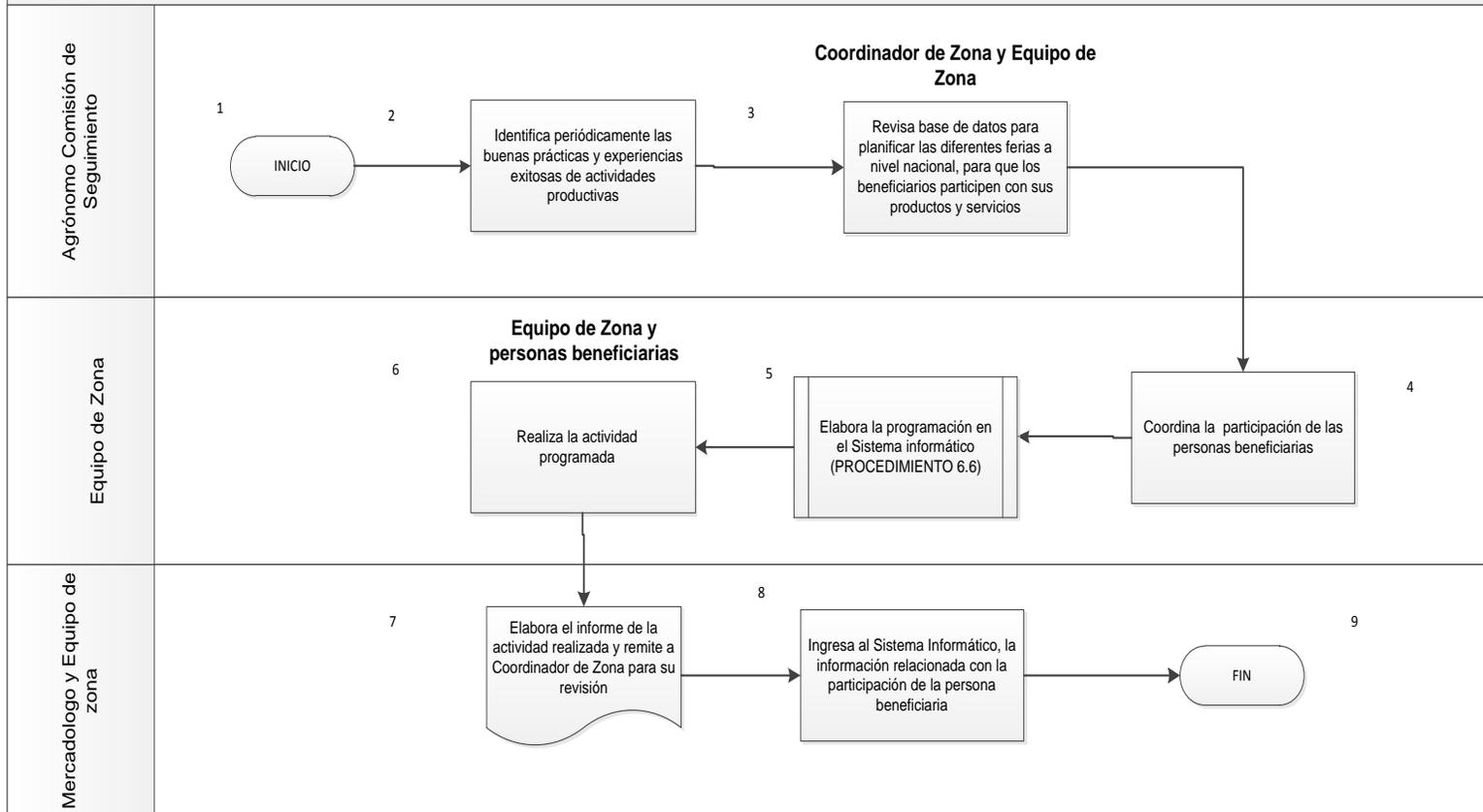




PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA

CODIGO: URSYP - 4

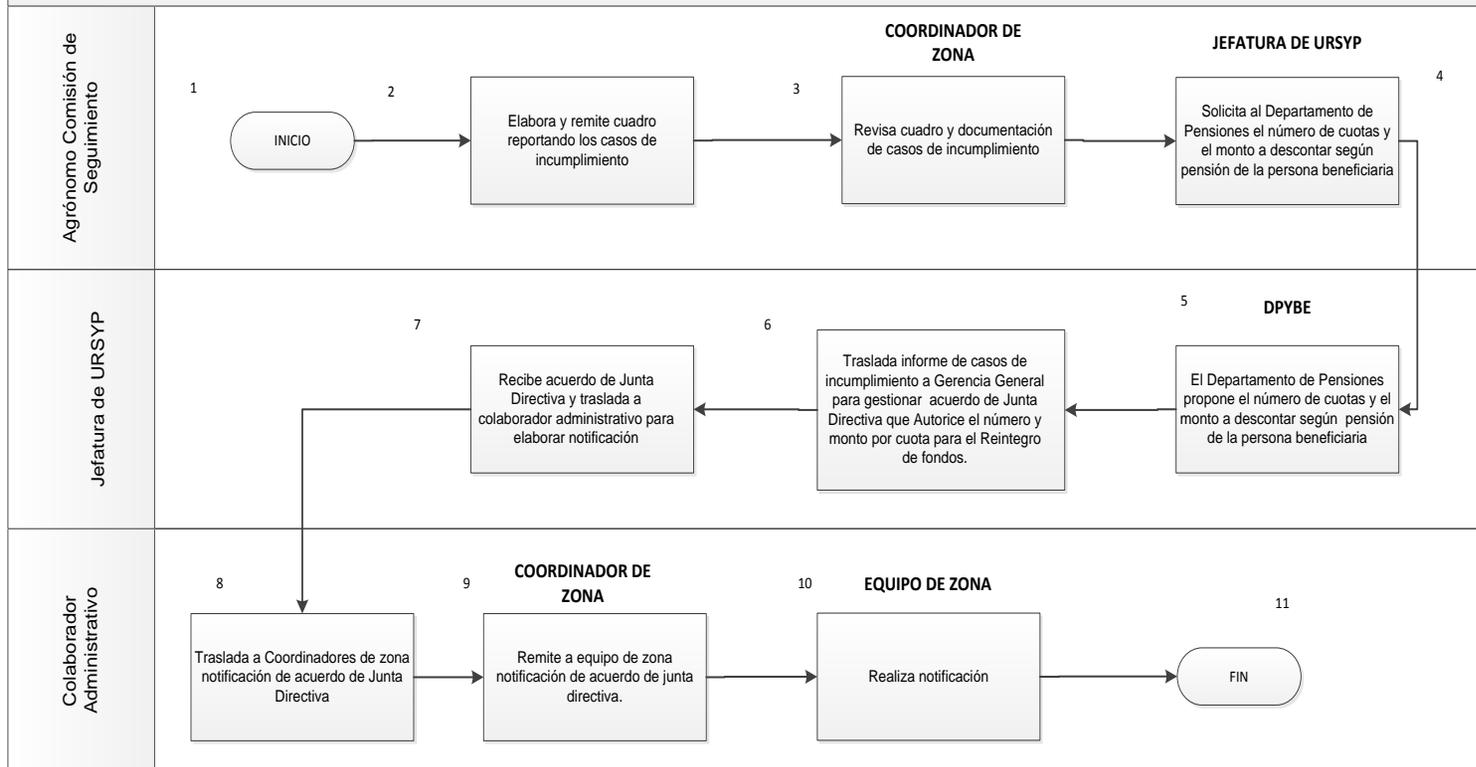
FASE 3: Seguimiento a la Sostenibilidad de la Actividad Productiva





PROCEDIMIENTO: CASOS DE INCUMPLIMIENTO DESPUES DE RECEPCION DE FONDOS

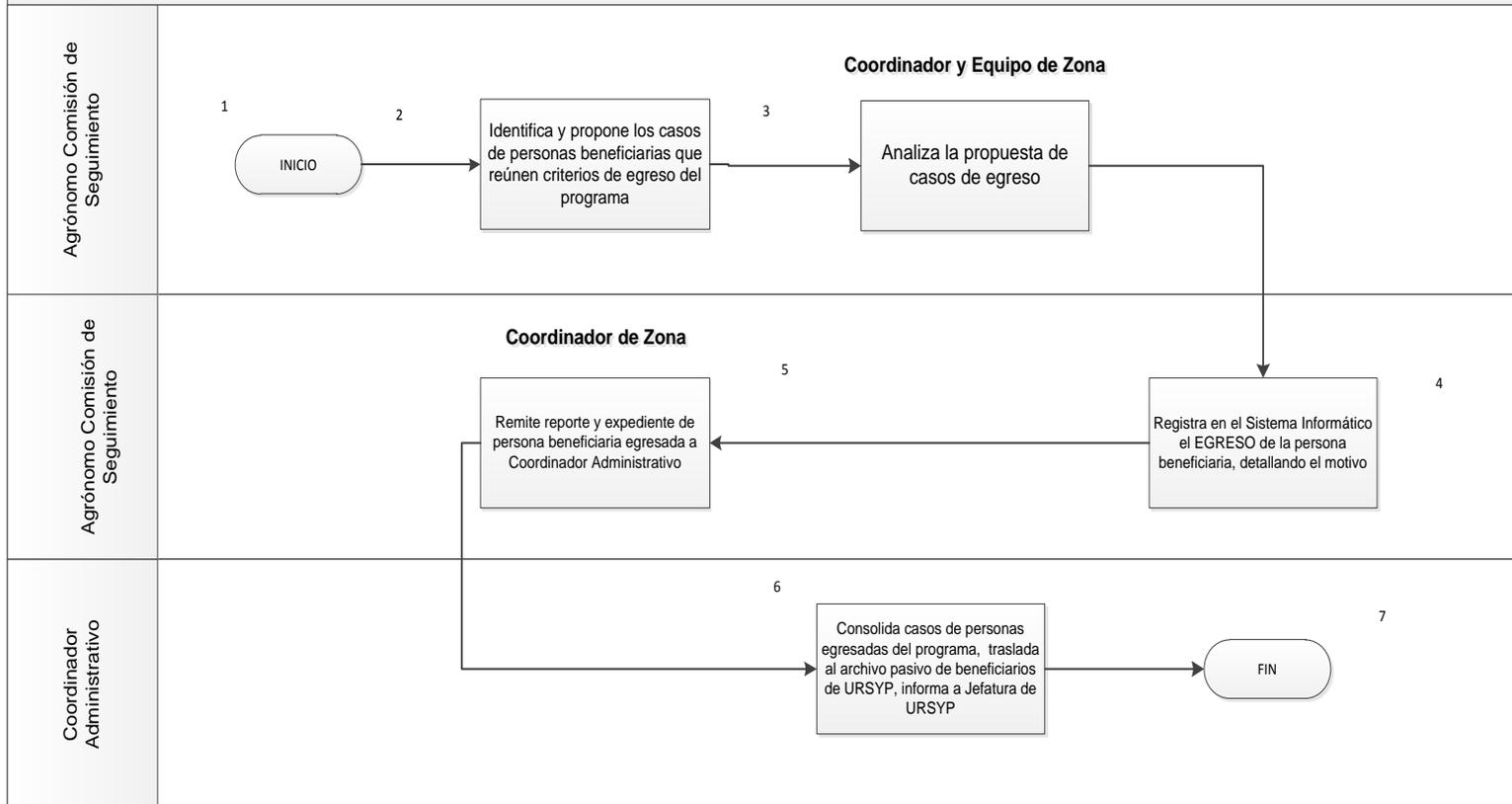
CODIGO: URSYP - 05





PROCEDIMIENTO: EGRESO DE LA PERSONA BENEFICIARIA DEL PROGRAMA

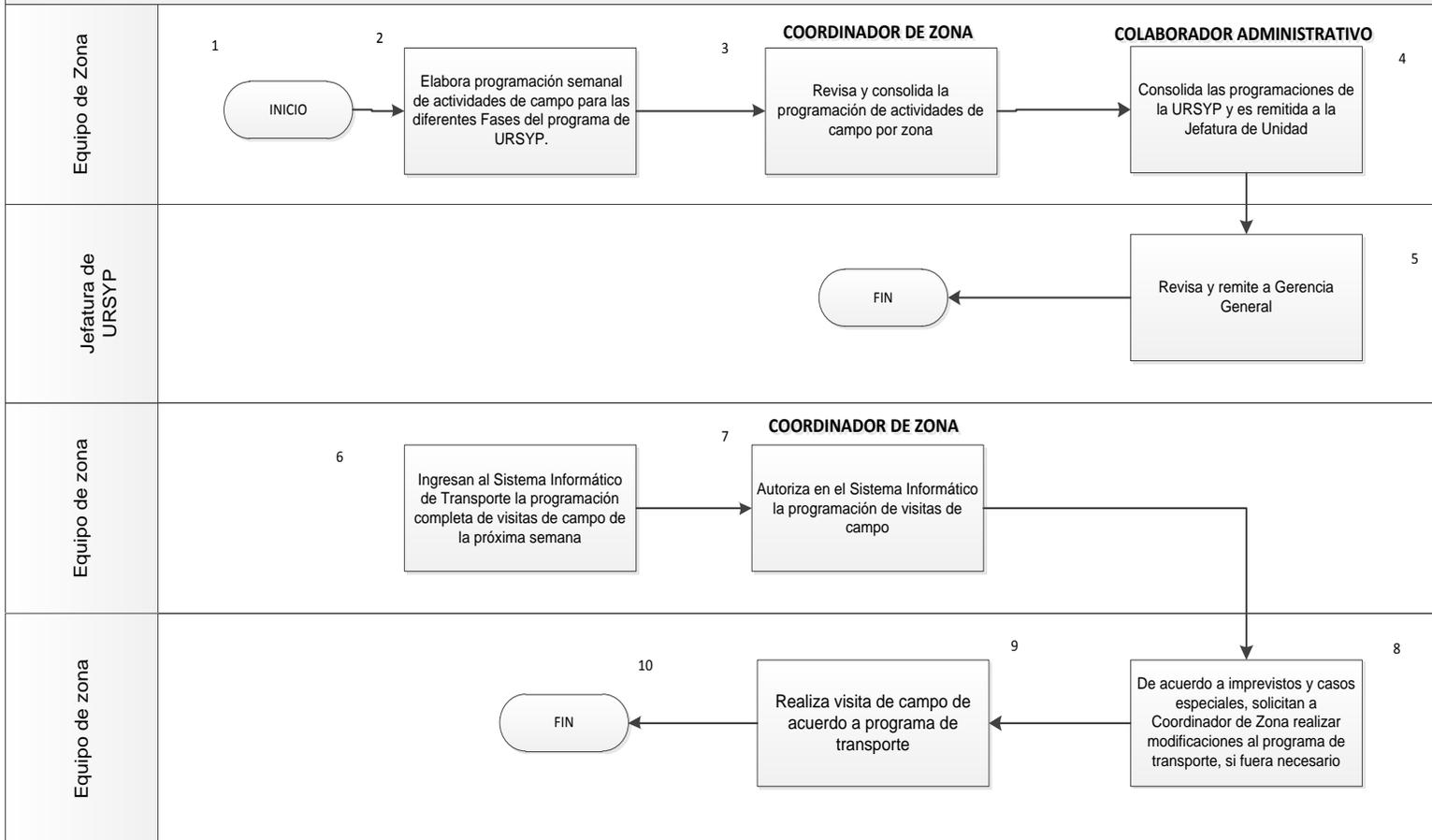
CODIGO: URSYP - 6





PROCEDIMIENTO: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE CAMPO

CODIGO: URSYP - 7





13.2 FORMULARIOS Y REPORTES

CODIGO: SOLPRO - 01

13.2.1 Solicitud de inscripción al Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para Personas Beneficiarias Pensionadas de FOPROLYD

		FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN PRODUCTIVA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS DE FOPROLYD			
1. NOMBRE: _____			
2. EXP: _____		3. DUI: _____	4. EDAD: _____
5. GÉNERO: _____	6. CATEGORIA _____	7. % DISCAPACIDAD: _____	
8. DIRECCION: _____			
9. TELÉFONO: _____			
10. TIPO DE UAP SOLICITADA: _____			

_____		_____	
FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA BENEFICIARIA		FIRMA A RUEGO	
		DUI:	

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE FOPROLYD			
LUGAR Y FECHA: _____			



CODIGO: EVAGRO - 01

13.3.2 Evaluación Agropecuaria

**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

EVALUACION AGROPECUARIA

I. Datos Generales

Nombre de beneficiario/a	
Expediente	
Fecha de la Evaluación	

Solicitud de la UAP referido por CTE: _____
 Evaluado para UAP: _____
 Principal actividad productiva: _____
 Cultivos: _____; _____; _____; _____
 Producción: _____; _____; _____; _____
 Destino: consumo familiar: _____ animal: _____ comercialización: _____
 Otras actividades productivas: _____

II. Recursos Disponibles y Experiencia para el Manejo de la UAP

Tenencia de tierra agropecuaria: _____ área total _____ mz
 Distancia entre: Viviendas: _____ y Centro Escolar: _____
 Servicios disponibles: Agua _____ Energía eléctrica _____ Transporte _____
 Disponibilidad: Proveedores: _____ Asistencia Técnica: _____ Maquinaria agrícola _____
 Otras: _____
 Observaciones: _____

Experiencia en el desarrollo de la actividad: _____ años
 Características físicas de la parcela agrícola:
 Altitud _____ (msnm) Profundidad efectiva _____ ctm.
 Pendiente _____ % Pedregosidad _____
 Textura _____ Acceso _____
 Fuentes de Agua _____ Uso Actual _____
 Uso Potencial _____ Obras de Conservación _____
 Observaciones _____

Equipo Agropecuario Disponible: _____ Instalaciones Agropecuarias: _____

Especies pecuarias con que cuenta Si No

Bovinos (totales): _____ Vacas _____ Novillas _____ Novillos _____ Terneros _____
 Bueyes _____
 Aves (totales): _____ Pollo de Engorde: _____ Gallinas Ponedoras _____ Criollas _____
 Cerdos (totales): _____ Criollos _____ Mejorado _____
 Otros: _____
 Mano de obra disponible: Familiar (N°): _____ Contratada (N°): _____

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Página 1 de 2



CODIGO: EVANOA - 01

13.3.3 Evaluación No Agropecuaria

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
EVALUACION PARA UAP NO AGROPECUARIAS	
I. Datos Generales	
Nombre de beneficiario/a	
Expediente	
Fecha de la Evaluación	
Solicitud de la UAP referido por CTE: _____	
Evaluado para UAP: _____	
Principal actividad productiva: _____	
Cultivos: _____; _____; _____; _____	
Producción: _____; _____; _____; _____	
Destino: consumo familiar: _____ animal: _____ comercialización: _____	
Otras actividades productivas: _____	
Actividad productiva a iniciar _____ fortalecer _____	
Componentes necesarios para desarrollar la actividad productiva (se registran diferencias de los componentes de la UAP establecidos en el catálogo y para los casos de apoyos productivos especiales se elaborara listado completo)	
MATERIALES O EQUIPO DE UNIDADES DE APOYO PRODUCTIVO	CANTIDAD
¿Experiencia en el manejo de la actividad productiva solicitada?	

¿Proyecciones para desarrollar la actividad productiva?	

_____ Firma o Huella de la Persona Beneficiaria	
Página 1 de 2	



CODIGO: EVAMER - 01

13.3.4 Evaluación Mercadológica

	
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
EVALUACION MERCADOLOGICA	
Fecha de visita: _____	
I. Datos Generales:	
Nombre: _____	Expediente No.: _____
Tel.: _____	Referido por CTE para UAP: _____
Evaluado para UAP: _____	
II. Características del Grupo Familiar e Individual del beneficiario /a:	
1. Ocupación Actual: _____	
2. Grado de escolaridad: Beneficiario: _____ Cónyuge: _____	
Hijos: _____	
3. ¿En qué actividades productivas ha tenido experiencia: _____	
4. ¿Cuáles son sus fuentes de ingreso?: _____	
Monto aproximado: (\$) _____	
5. Características emprendedoras observadas en el beneficiario y grupo familiar: _____	

III. Evaluación para el desarrollo de la actividad productiva:	
6. ¿Cuál es su idea de negocio a desarrollar? _____	
7. ¿Tiene experiencia en la actividad?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos años? _____	
8. ¿Cuenta con iniciativa de negocio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
9. ¿Sigue funcionando el negocio?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique / ¿cuántos años?: _____	

10. ¿Realiza algún tipo de actividad agropecuaria?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique: _____	

11. ¿Para qué utiliza la producción?: _____	

12. ¿Cuáles son los recursos materiales con que dispone? _____	

13. Tipo de productos o servicios a comercializar: _____	

14. ¿Quiénes son o serán sus clientes? : _____	
15. ¿Dónde está / estará ubicado su negocio? : _____	
16. Condiciones del lugar donde funcionará el negocio: _____	

17. Alquilado <input type="checkbox"/> \$ _____ Propio <input type="checkbox"/> Otro: _____	

18. ¿Quién será el responsable de administrar/ o apoyar en el negocio? : _____	

19. Explique cómo se involucrará en el funcionamiento del negocio: _____	

20. ¿Qué días y horarios atenderá el negocio? : _____	



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

21. ¿Competencia identificada? _____

22. ¿Qué días o épocas son los de mayor venta? _____
23. ¿A dónde identifica a sus proveedores? _____

24. ¿De qué forma va a vender o distribuir su producto? _____

25. ¿Publicita y promociona su producto\ servicio? Sí No Explique cómo lo hace o haría

26. ¿Cuenta con capital para invertir en el negocio? Sí No Explique la fuente del capital de trabajo: _____
27. ¿Cómo calcula su precio de venta? _____
28. ¿Obtiene ganancia en su negocio? Mínima \$ _____ Máxima \$ _____
29. ¿Cómo determina las ganancias? _____

30. ¿Cómo invierte sus ganancias? _____

31. Vías de acceso al negocio del beneficiario: Calle principal: Camino Vecinal:
Pasaje peatonal: Otros: _____
32. Mercado potencial de la zona: _____

33. Ciudad con auge comercial más próxima: _____

34. Riesgo para el desarrollo de la actividad productiva: _____

35. ¿Necesita capacitación para este tipo de negocio? Sí No
¿En qué temas? _____

IV. Observaciones:

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria



CODIGO: EVATSF - 01

13.3.5 Evaluación de Trabajo Social para formación Académica, Técnica o Vocacional

FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
EVALUACION DE TRABAJO SOCIAL PARA FORMACION ACADEMICA, TECNICA O VOCACIONAL	
I. Datos Generales	
NOMBRE	
EXPEDIENTE	DUI: NIT:
CATEGORIA	PORCENTANJE DE DISCAPACIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
ESTADO FAMILIAR	
NIVEL EDUCATIVO	OCUPACION:
DIRECCION	
TELEFONO	
FECHA DE LA EVALUACION	

¿Cuántas personas viven con usted? _____

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? _____

II. Formación Académica, Técnica o Vocacional

Formación Académica y Técnica:

¿Nivel académico alcanzado? _____

¿Carrera Académica o Técnica a finalizar? _____

¿Institución Educativa de su interés? _____

¿Duración de la carrera? _____ ¿Costo total de para finalizar la Carrera? \$ _____

¿Cómo pretende cubrir los costos para finalizar sus estudios?

Formación Vocacional

¿Ha recibido capacitación? Sí No ¿En qué área se capacito? _____

¿Trabaja en lo que fue capacitado? Si No

¿Tipo de capacitación de interés? _____

¿Institución de su interés? _____

¿Costo de formación? \$ _____

Página 1 de 3



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

¿Cuenta con disponibilidad de recursos económicos para su traslado, alimentación, otros?

¿Sabe utilizar computadora? Sí No

¿Tiene conocimiento sobre manejo de vehículos? Sí No

¿Cuál es su objetivo de aprender a manejar vehículo automotor?

III. Situación Económica.

INGRESOS		EGRESOS	
SUELDO	\$	PAGO DE VIVIENDA	\$
PENSION	\$	SERVICIOS BASICOS	\$
REMESAS	\$	ALIMENTACION	\$
NEGOCIO	\$	EDUCACION	\$
OTROS	\$	SALUD	\$
		CREDITOS	
TOTAL	\$	TOTAL	\$

PERSONA BENEFICIARIA DEBERA PRESENTAR:

- ✓ **CONSTANCIAS DE NOTAS DE MATERIAS CURSADAS (SOLAMENTE PARA ESTUDIOS UNIVERSITARIOS Y TÉCNICOS).**
- ✓ **PENSUM DE ESTUDIOS**

F. _____
Firma o Huella de Persona Beneficiaria



13.2.6 Evaluación de Trabajo Social

CODIGO: EVATSO - 01

FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO							
EVALUACION DE TRABAJO SOCIAL							
I. Datos Generales							
Nombre							
Expediente	DUI: NIT:						
Estado familiar							
Nivel educativo							
Ocupación							
Dirección							
Municipio	Departamento:						
Teléfono							
Fecha de Evaluación							
Referido por CTE para UAP: _____ Evaluado para UAP: _____							
Justificación por parte de la persona beneficiaria el cambio de la UAP:							

II. Situación Familiar (solamente personas que viven con beneficiario)							
Nº	Nombre	Parentesco	Genero	Edad	Nivel educativo	Ocupación	Trabaja (Si o No)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
¿Tiempo de convivir con su pareja actual? _____							
¿Tiene hijos fuera de la relación actual? _____ ¿Cuántos? _____							
¿Aporta económicamente a los hijos fuera de su hogar actual? _____ ¿Cuánto? \$ _____							
¿Cuantas personas dependen económicamente de usted? _____							
Página 1 de 3							



FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

III. Actividad Productiva

¿Tiene alguna actividad productiva? Sí No
Si la respuesta es sí ¿qué tipo de actividad productiva?: _____
¿Cuánto tiempo tiene de realizar este tipo de actividad?: _____
¿Qué miembros de la familia atenderán la actividad productiva solicitada?
Beneficiario/a Esposo/a o Compañero/a de vida Hijos/as Otro Familiar

IV. Condiciones de la Vivienda y Terreno

Tenencia:
Propia Alquilada Prestada Cedida Promesa de venta Guardador
Otra: _____ A nombre de quien la escritura: _____

Tipo de construcción:
Mixto Bahareque/Adob Otros: _____

Acceso a Servicios Básicos:

Table with 4 columns: TIPO DE SERVICIOS, SI, NO, DESCRIBA BREVEMENTE. Rows include Energía, Agua, Servicio sanitario, Centros de salud, Centro escolar, Servicio de transporte.

Tierra:
Posee terreno Sí No
Tenencia de la propiedad Propia Alquilada Prestada Cedida
Otra: _____ Extensión: _____

V. Situación Económica Familiar

Table with 2 main columns: INGRESOS and EGRESOS. Rows include Salario, Pensión, Remesas, Negocio, Otros, Pago de vivienda, Servicios básicos, Alimentación, Educación, Salud, Créditos, Total.



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

VI. Créditos (solo para casos con crédito activo)

¿Cuántos créditos activos tiene? _____
¿Cuál es el monto del crédito? \$ _____
¿Utilización del crédito? _____

F. _____
Firma o huella de la Persona Beneficiaria

*Declaro que toda la información aquí proporcionada es verdadera y autorizó a FOPROLYD en caso sea necesario verificarla.

VII. Diagnóstico de la Situación Encontrada

VIII. Recomendaciones

F. _____
Firma y Nombre del Trabajador/a Social



Manual de Políticas, Normas y Procesos de la Unidad de Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 65 de 89

CODIGO: NOTORI - 01

13.2.7 Notificación y Orientación

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO		
NOTIFICACION Y ORIENTACION PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO- PERSONA PENSIONADA FOPROLYD		
I. Datos de Identificación		
NOMBRE:	DUI:	EXPEDIENTE:
DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	
MUNICIPIO:		
Unidad de Apoyo Productivo: _____		
II. Notificación de Resultados:		
FOPROLYD oficialmente le informa que se procederá a la entrega de Fondos para que los invierta directamente en la obtención de la Unidad de Apoyo Productivo (UAP) de: _____; por un monto de \$ _____ autorizado según Acuerdo de Junta Directiva No. _____ De fecha _____, fondos que corresponden al presupuesto del año _____.		
Para la adquisición de la UAP se hará entrega inicial del 50% de los fondos, sobre la base del cumplimiento y respaldo de dichas compras, se proceda a la entrega del 50% complementario.		
III. Orientación:		
<ul style="list-style-type: none">• Entregar fotocopia legible de DUI, NIT, Libreta de cuenta bancaria.• En caso de necesidad de aperturar cuenta bancaria los costos serán asumidos por su persona.• Si posee deuda bancaria y los fondos depositados por FOPROLYD a su cuenta se ven afectados, será su responsabilidad la reposición de los mismos.• Presentar cotizaciones de componentes a adquirir según el monto autorizado en el tiempo establecido.• Presentar comprobantes de compra (Factura de consumidor final a su nombre, certificado de carta de venta o Carta de compra venta) en el periodo indicado.• Participar en reuniones y capacitaciones que convoque FOPROLYD.• Brindar el cuidado y mantenimiento de los componentes adquiridos.• Mantener en funcionamiento la actividad productiva apoyada por FOPROLYD.• Cualquier consulta o duda en el proceso de adquisición de los componentes, debe comunicarse con el equipo de la zona.• _____• _____• _____• _____		
IV. Compromiso de la Persona Beneficiaria Incluyendo la Autorización de Reintegro:		
Yo, _____, me comprometo a Invertir el monto que recibiré de FOPROLYD, en la obtención de componentes de la UAP de _____ presentando los comprobantes de compra en un plazo máximo de 15 días calendario , contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales; quedando autorizado FOPROLYD para verificar en cualquier momento la existencia o no de los bienes que reflejan los comprobantes presentados como prueba de la inversión. De no realizar la inversión en los términos acordados, por este medio AUTORIZO a FOPROLYD para descontar de mi pensión mensual la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente. El reintegro se realizará mediante cuotas mensuales, dependiendo de la disponibilidad de mi pensión; estando claro y consciente que es mi responsabilidad adquirir la UAP, así como mantenerla y darle el uso que corresponde.- También procederé el reintegro indicado, si habiendo adquirido la UAP, como beneficiario vendiere, arrendare, donare, diere en comodato y en garantía de cualquier obligación, los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo sin autorización de FOPROLYD; En cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva No.338.06.2014, contenido en Acta No. 23.06.2014 de fecha 12 de junio del 2014.		
En virtud de lo notificado y orientado: <input type="checkbox"/> Acepto <input type="checkbox"/> No acepto		



Manual de Políticas, Normas y Procesos de la Unidad de
Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 66 de 89



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

Observaciones:

En fe de lo anterior, junto al representante de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en el Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____, -

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Nombre y Firma Técnico de zona

Vo.Bo. Nombre y Firma de Coordinador de zona



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

**NOTIFICACION Y ORIENTACION PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO- PERSONA PENSIONADA
FOPROLYD**

I. Datos de Identificación

NOMBRE:

DUI:

EXPEDIENTE:

DIRECCIÓN:

DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO:

Unidad de Apoyo Productivo: _____

II. Notificación de Resultados:

FOPROLYD oficialmente le informa que se procederá a la entrega de Fondos para que los invierta directamente en la obtención de la Unidad de Apoyo Productivo (UAP) de: _____; por un monto de \$_____ autorizado según Acuerdo de Junta Directiva No. _____ De fecha _____, fondos que corresponden al presupuesto del año_____.

Para la adquisición de la UAP se realizará la entrega en un solo desembolso.

III. Orientación:

- Entregar fotocopia legible de DUI, NIT, Libreta de cuenta bancaria.
- En caso de necesidad de aperturar cuenta bancaria los costos serán asumidos por su persona.
- Si posee deuda bancaria y los fondos depositados por FOPROLYD a su cuenta se ven afectados, será su responsabilidad la reposición de los mismos.
- Presentar cotizaciones de componentes a adquirir según el monto autorizado en el tiempo establecido.
- Presentar comprobantes de compra (Factura de consumidor final a su nombre, certificado de carta de venta o Carta de compra venta) en el periodo indicado.
- Participar en reuniones y capacitaciones que convoque FOPROLYD.
- Brindar el cuidado y mantenimiento de los componentes adquiridos.
- Mantener en funcionamiento la actividad productiva apoyada por FOPROLYD.
- Cualquier consulta o duda en el proceso de adquisición de los componentes, debe comunicarse con el equipo de la zona.
- _____
- _____
- _____
- _____

IV. Compromiso de la Persona Beneficiaria Incluyendo la Autorización de Reintegro:

Yo, _____, me comprometo a invertir el monto que recibiré de FOPROLYD, en la obtención de componentes de la UAP de _____ presentando los comprobantes de compra en un plazo máximo de **15 días calendario**, contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales; quedando autorizado FOPROLYD para verificar en cualquier momento la existencia o no de los bienes que reflejan los comprobantes presentados como prueba de la inversión. De no realizar la inversión en los términos acordados, por este medio AUTORIZO a FOPROLYD para descontar de mi pensión mensual la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente. El reintegro se realizará mediante cuotas mensuales, dependiendo de la disponibilidad de mi pensión; estando claro y consciente que es mi responsabilidad adquirir la UAP, así como mantenerla y darle el uso que corresponde.- También procederé el reintegro indicado, si habiendo adquirido la UAP, como beneficiario vendiere, arrendare, donare, diere en comodato y en garantía de cualquier obligación, los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo sin autorización de FOPROLYD; En cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva No.338.06.2014, contenido en Acta No. 23.06.2014 de fecha 12 de junio del 2014.

En virtud de lo notificado y orientado: Acepto No acepto



Manual de Políticas, Normas y Procesos de la Unidad de
Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 68 de 89



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

Observaciones:

En fe de lo anterior, junto al representante de FONPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en el Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Nombre y Firma Técnico de zona

Vo.Bo. Nombre y Firma de Coordinador de zona



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

**NOTIFICACION Y ORIENTACION PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO- PERSONA PENSIONADA EN
OTRA INSTITUCIÓN**

I. Datos de Identificación

NOMBRE: _____ DUI: _____ EXPEDIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____
MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

Unidad de Apoyo Productivo: _____

II. Notificación de Resultados:

FOPROLYD oficialmente le informa que se procederá a la entrega de Fondos para que los invierta directamente en la obtención de la Unidad de Apoyo Productivo (UAP) de: _____; por un monto de \$ _____ autorizado según Acuerdo de Junta Directiva No. _____ De fecha _____, fondos que corresponden al presupuesto del año _____.

Para la adquisición de la UAP se realizará la entrega en un solo desembolso.

III. Orientación:

- Entregar fotocopia legible de DUI, NIT, Libreta de cuenta bancaria.
- En caso de necesidad de aperturar cuenta bancaria los costos serán asumidos por su persona.
- Si posee deuda bancaria y los fondos depositados por FOPROLYD a su cuenta se ven afectados, será su responsabilidad la reposición de los mismos.
- Presentar cotizaciones de componentes a adquirir según el monto autorizado en el tiempo establecido.
- Presentar comprobantes de compra (Factura de consumidor final a su nombre, certificado de carta de venta o Carta de compra venta) en el periodo indicado.
- Participar en reuniones y capacitaciones que convoque FOPROLYD.
- Brindar el cuidado y mantenimiento de los componentes adquiridos.
- Mantener en funcionamiento la actividad productiva apoyada por FOPROLYD.
- Cualquier consulta o duda en el proceso de adquisición de los componentes, debe comunicarse con el equipo de la zona.
- _____
- _____
- _____
- _____

IV. Compromiso de la Persona Beneficiaria Incluyendo la Autorización de Reintegro:

Yo, _____, me comprometo a Invertir el monto que recibiré de FOPROLYD, en la obtención de componentes de la UAP de _____ presentando los comprobantes de compra en un plazo máximo de **15 días calendario**, contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales; quedando autorizado FOPROLYD para verificar en cualquier momento la existencia o no de los bienes que reflejan los comprobantes presentados como prueba de la inversión. De no realizar la inversión en los términos acordados, por este medio AUTORIZO a FOPROLYD hacer efectiva la orden de descuento que firmo, para que de mi pensión mensual recibida en (IPSFA, ISSS, INPEP, otras) proceda al reintegro de la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente. El reintegro se realizará mediante cuotas mensuales, dependiendo de la disponibilidad de mi pensión; estando claro y consciente que es mi responsabilidad adquirir la UAP, así como mantenerla y darle el uso que corresponde.- También procederé el reintegro indicado, si habiendo adquirido la UAP, como beneficiario vendiere, arrendare, donare, diere en comodato y en garantía de cualquier obligación, los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo sin autorización de FOPROLYD; En cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva No.338.06.2014, contenido en Acta No. 23.06.2014 de fecha 12 de junio del 2014.

En virtud de lo notificado y orientado: Acepto No acepto



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

Observaciones:

En fe de lo anterior, junto al representante de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en el Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Nombre y Firma Técnico de zona

Vo.Bo. Nombre y Firma de Coordinador de zona



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

**NOTIFICACION Y ORIENTACION PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO- PERSONA PENSIONADA EN
OTRA INSTITUCIÓN**

II. Datos de Identificación

NOMBRE:

DUI:

EXPEDIENTE:

DIRECCIÓN:

MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

Unidad de Apoyo Productivo: _____

II. Notificación de Resultados:

FOPROLYD oficialmente le informa que se procederá a la entrega de Fondos para que los invierta directamente en la obtención de la Unidad de Apoyo Productivo (UAP) de: _____; por un monto de \$ _____ autorizado según Acuerdo de Junta Directiva No. _____ De fecha _____, fondos que corresponden al presupuesto del año _____.

Para la adquisición de la UAP se hará entrega inicial del 50% de los fondos, sobre la base del cumplimiento y respaldo de dichas compras, se proceda a la entrega del 50% complementario.

III. Orientación:

- Entregar fotocopia legible de DUI, NIT, Libreta de cuenta bancaria.
- En caso de necesidad de aperturar cuenta bancaria los costos serán asumidos por su persona.
- Si posee deuda bancaria y los fondos depositados por FOPROLYD a su cuenta se ven afectados, será su responsabilidad la reposición de los mismos.
- Presentar cotizaciones de componentes a adquirir según el monto autorizado en el tiempo establecido.
- Presentar comprobantes de compra (Factura de consumidor final a su nombre, certificado de carta de venta o Carta de compra venta) en el periodo indicado.
- Participar en reuniones y capacitaciones que convoque FOPROLYD.
- Brindar el cuidado y mantenimiento de los componentes adquiridos.
- Mantener en funcionamiento la actividad productiva apoyada por FOPROLYD.
- Cualquier consulta o duda en el proceso de adquisición de los componentes, debe comunicarse con el equipo de la zona.
- _____
- _____
- _____
- _____

IV. Compromiso de la Persona Beneficiaria Incluyendo la Autorización de Reintegro:

Yo, _____, me comprometo a Invertir el monto que recibiré de FOPROLYD, en la obtención de componentes de la UAP de _____ presentando los comprobantes de compra en un plazo máximo de **15 días calendario**, contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales; quedando autorizado FOPROLYD para verificar en cualquier momento la existencia o no de los bienes que reflejan los comprobantes presentados como prueba de la inversión. De no realizar la inversión en los términos acordados, por este medio AUTORIZO a FOPROLYD hacer efectiva la orden de descuento que firmo, para que de mi pensión mensual recibida en (IPSFA, ISSS, INPEP, otras) proceda al reintegro de la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente. El reintegro se realizará mediante cuotas mensuales, dependiendo de la disponibilidad de mi pensión; estando claro y consciente que es mi responsabilidad adquirir la UAP, así como mantenerla y darle el uso que corresponde.- También procederé el reintegro indicado, si habiendo adquirido la UAP, como beneficiario vendiere, arrendare, donare, diere en comodato y en garantía de cualquier obligación, los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo sin autorización de FOPROLYD; En cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva No.338.06.2014, contenido en Acta No. 23.06.2014 de fecha 12 de junio del 2014.

En virtud de lo notificado y orientado: Acepto No acepto



Manual de Políticas, Normas y Procesos de la Unidad de
Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 72 de 89



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

Observaciones:

En fe de lo anterior, junto al representante de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en el Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Nombre y Firma Técnico de zona

Vo.Bo. Nombre y Firma de Coordinador de zona



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

NOTIFICACION Y ORIENTACION PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO DE FORMACION ACADEMICA

I. Datos de Identificación

NOMBRE: _____ DUI: _____ EXPEDIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____
MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

Unidad de Apoyo Productivo: _____

II. Notificación de Resultados:

FOPROLYD oficialmente le informa que se procederá a la entrega de Fondos para que los invierta directamente en la obtención de la Unidad de Apoyo Productivo (UAP) de: _____; por un monto de \$ _____ autorizado según Acuerdo de Junta Directiva No. _____ De fecha _____, fondos que corresponden al presupuesto del año _____.

III. Orientación:

- Entregar fotocopia legible de DUI, NIT, Libreta de cuenta bancaria.
- En caso de necesidad de aperturar cuenta bancaria los costos serán asumidos por su persona.
- Si posee deuda bancaria y los fondos depositados por FOPROLYD a su cuenta se ven afectados, será su responsabilidad la reposición de los mismos.
- _____
- _____
- _____
- _____

IV. Compromiso de la Persona Beneficiaria Incluyendo la Autorización de Reintegro:

Yo, _____, me comprometo a invertir el monto que recibiré de FOPROLYD, en el **PAGO DE ESTUDIO** presentando los comprobantes de la inversión en un plazo máximo de **15 días calendario**, contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales; quedando autorizado FOPROLYD para verificar en cualquier momento mi rendimiento académico. De no realizar la inversión en los términos acordados, por este medio AUTORIZO a FOPROLYD para descontar de mi pensión mensual la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente. El reintegro se realizará mediante cuotas mensuales, dependiendo de la disponibilidad de mi pensión; estando claro y consciente que es mi responsabilidad presentar los comprobantes que demuestren el rendimiento académico, aprobando las materias inscritas en el periodo.- Todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva No.338.06.2014, contenido en Acta No. 23.06.2014 de fecha 12 de junio del 2014.

En virtud de lo notificado y orientado: Acepto No acepto

Observaciones:

En fe de lo anterior, junto al representante de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en el Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____ -

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:
Nombre de _____
No. DUI: _____

Nombre y Firma Técnico de zona

Vo.Bo. Nombre y Firma de Coordinador de zona



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

**NOTIFICACION Y ORIENTACION PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO DE FORMACION ACADEMICA-
PERSONA PENSIONA EN OTRA INSTITUCION**

I. Datos de Identificación

NOMBRE: _____ DUI: _____ EXPEDIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____
MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

Unidad de Apoyo Productivo: _____

II. Notificación de Resultados:

FOPROLYD oficialmente le informa que se procederá a la entrega de Fondos para que los invierta directamente en la obtención de la Unidad de Apoyo Productivo (UAP) de: _____; por un monto de \$ _____ autorizado según Acuerdo de Junta Directiva No. _____ De fecha _____, fondos que corresponden al presupuesto del año _____.

III. Orientación:

- Entregar fotocopia legible de DUI, NIT, Libreta de cuenta bancaria.
- En caso de necesidad de aperturar cuenta bancaria los costos serán asumidos por su persona.
- Si posee deuda bancaria y los fondos depositados por FOPROLYD a su cuenta se ven afectados, será su responsabilidad la reposición de los mismos.
- _____
- _____
- _____
- _____

IV. Compromiso de la Persona Beneficiaria Incluyendo la Autorización de Reintegro:

Yo, _____, me comprometo a invertir el monto que recibiré de FOPROLYD, en el **PAGO DE ESTUDIO** presentando los comprobantes de la inversión en un plazo máximo de **15 días calendario**, contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales; quedando autorizado FOPROLYD para verificar en cualquier momento mi rendimiento académico. De no realizar la inversión en los términos acordados, por este medio AUTORIZO a FOPROLYD hacer efectiva la orden de descuento que firmo, para que de mi pensión mensual recibida en (IPSFA, ISSS, INPEP, otras) la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente. El reintegro se realizará mediante cuotas mensuales, dependiendo de la disponibilidad de mi pensión; estando claro y consciente que es mi responsabilidad presentar los comprobantes que demuestren el rendimiento académico, aprobando las materias inscritas en el período.- Todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva No.338.06.2014, contenido en Acta No. 23.06.2014 de fecha 12 de junio del 2014.

En virtud de lo notificado y orientado: Acepto No acepto

Observaciones:

En fe de lo anterior, junto al representante de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en el Departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____ -



Manual de Políticas, Normas y Procesos de la Unidad de
Reinserción Social y Productiva

Fecha: 19-06-2017

Rev.: 02

Pág. 75 de 89



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Nombre y Firma Técnico de zona

Vo.Bo. Nombre y Firma de Coordinador de zona



CODIGO: SOLFON - 01

13.2.8 Solicitud de fondos para entregas de Unidades de Apoyo Productivo

FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO						
SOCILITUD DE FONDO PARA ENTREGA DE UNIDADES DE APOYO PRODUCTIVO A PERSONAS BENEFICIARIAS						
FECHA: _____						UAPO0/00.000
FOPROLYD						
DETALLE DE SOLICITUD DE ENTREGA DE APOYOS PRODUCTIVOS POR MEDIO DE CHEQUE						
No.	N° NIT	N° DUI	NOMBRE DE PERSONA BENEFICIARIA	MONTO A ENTREGAR	UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO SEGÚN DECLARACION JURADA	NUMERO DE EXPEDIENTE
1	0000-000000-000-0	000000000		2,500.00	XX X XXXXXXXXXXXX XX X XXX XXX	000000
			TOTAL	2,500.00		
NOTA: DEBERÁ ANEXARSE FOTOCOPIAS DE ACUERDO DE AUTORIZACIÓN Y DE DUI Y NIT AMPLIADOS AL 150% Y DECLARACIONES JURADAS PARA FIRMA DE BENEFICIARIOS						
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE COORDINADOR ADMINISTRATIVO				NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE JEFATURA DE UNIDAD		



CODIGO: RECTEC - 01

13.2.9 Recomendación Técnica

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
RECOMENDACIÓN TÉCNICA	
Unidad de Apoyo Productivo: _____	Fecha _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
F. _____ TECNICO RESPONSABLE	
FONDO DE PROTECCION DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO FOPROLYD HOJA DE RECOMENDACIÓN TECNICA	
Unidad de Apoyo Productivo: _____	Fecha _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
F. _____ TECNICO RESPONSABLE	



CODIGO: SEACPR - 01

13.2.11 Seguimiento a la Actividad Productiva

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA	
Fecha: _____	Expediente: _____
Nombre de beneficiario/a: _____	
Actividad productiva: _____	Telf: _____
Municipio: _____	Departamento: _____
Objetivo de la visita:	
Obtención e instalación de la UAP <input type="checkbox"/> Desarrollo de la Actividad Productiva <input type="checkbox"/>	
Sostenibilidad de la Actividad Productiva <input type="checkbox"/>	
Situación encontrada: Activo <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> Delincuencia en la zona <input type="checkbox"/> Falta de Recursos Económicos <input type="checkbox"/>	
Poca venta de productos/ servicios <input type="checkbox"/> Falta de Apoyo Familiar <input type="checkbox"/> Problemas de Salud <input type="checkbox"/>	
Otras (explique): _____	
Situación encontrada:	

Asistencia u orientación brindadas:	

_____ Firma o Huella de la Persona Beneficiaria	
Valoraciones técnicas del profesional que realiza el seguimiento (conclusiones, recomendaciones)	

_____ Nombre y Firma de técnico responsable	



CODIGO: CONDOC - 01

13.2.12 Control de Documentos Anexos al Expediente del Beneficiario

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO				
CONTROL DE DOCUMENTOS ANEXOS AL EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO				
NOMBRE _____				
MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____				
ACCIONES DEL PROGRAMA	TRABAJO SOCIAL	AGRONOMIA	MERCADEO	OBSERVACIONES
FICHA DE DATOS PERSONALES DEL SISTEMA INSTITUCIONAL				
REFERENCIA CTE				
HOJA DE PRIMER CONTACTO				
ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA				
EVALUACION				
INFORME MULTIDISCIPLINARIO				
HOJA DE NOTIFICACION Y ORIENTACION				
FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS PERSONALES (DUI Y NIT)				
COTIZACIONES				
DECLARACION JURADA DE RECEPCION DE FONDOS				
COMPROBANTES DE COMPRAS				
DECLARACION JURADA DE CUMPLIMIENTO				
SEGUIMIENTO A LA INSTALACION DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA				
SEGUIMIENTO AL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA				
SEGUIMIENTO A LA SOSTENIBILIDAD DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA				
LISTADO DE ASISTENCIA EN CAPACITACION				
INFORME DE CASO (UAIIP, GERENCIA)				
INFORME DE EGRESO				
OTROS				



CODIGO: DEJCUM - 01

13.2.13 Declaración Jurada de Cumplimiento

No	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	C.U	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
n	TOTAL			

Yo: _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), con Expediente No. _____, portadora de mi Documento Único de Identidad No: _____ y Número de Identificación Tributaria _____ **BAJO JURAMENTO DECLARO:** Que he cumplido con mi compromiso de adquirir los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo de _____, las cuales se detallan a continuación:

De lo anterior, en este acto entrego al representante de FOPROLYD, los documentos de respaldo (Facturas, Recibos, Tickets de cajas registradoras autorizadas por el Ministerio de Hacienda) que corroboran la inversión realizada, al mismo tiempo que puedan verificar la existencia material de los bienes arriba descritos.

Observaciones del Técnico de FOPROLYD: _____

En fe de lo anterior, junto a los representantes de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en _____ (o firma a ruego), departamento de _____, a los ___ días del mes de _____ del año _____.

PERSONA BENEFICIARIA:

Firma o Huella	Firma a Ruego:
	Nombre de _____
	No. DUI: _____

VALIDACIÓN:

Nombre y firma de Técnico Responsable



CODIGO: DEJUAP - 01

13.2.14 Declaración Jurada de recepción de fondos para Unidad de Apoyo Productivo

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
DECLARACIÓN JURADA DE RECEPCIÓN DE FONDOS PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO POR ABONO A CUENTA BANCARIA	
<p>Yo: _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), con Expediente No. _____, portadora de mi Documento Único de Identidad No: _____ y BAJO JURAMENTO DECLARO: Que en este acto recibo fondos para la prestación de beneficio adicional, por un monto total de _____ Dólares de los Estados Unidos de América (US \$ _____) en la cuenta bancaria N° _____ del Banco: _____, para obtener los componentes de mi Unidad de Apoyo Productivo de: _____ que según acuerdo _____ de fecha ____ de ____ de ____ se me ha autorizado. RATIFICO A LA VEZ, MI COMPROMISO de adquirir, cuidar, brindar mantenimiento y reparación a los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo mencionada, de acuerdo a las indicaciones y recomendaciones que me han sido dadas como parte del proceso de Reinserción Social y Productiva que FOPROLYD realiza en mi beneficio; así como de hacer funcionar la actividad productiva en que se me apoya, siéndome totalmente prohibido vender, permutar, donar, dar en alquiler o en garantía, la totalidad o parte de los componentes de dicha Unidad de Apoyo Productivo, sin autorización previa de FOPROLYD. Además, me comprometo a presentar los comprobantes de compra en un plazo máximo de 15 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales. En caso de no cumplir con los términos ratificados en esta Declaración Jurada, confirmo mi AUTORIZACIÓN para que FOPROLYD descuente de mi pensión mensual la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente, reintegro que realizaré mediante cuotas mensuales, según disponga FOPROLYD tomando en cuenta la disponibilidad de mi pensión. Todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva antes citado. En fe de lo anterior, junto a los representantes de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en las Oficinas _____, en el departamento de _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____.</p>	
Firma o Huella de la Persona Beneficiaria	Firma a Ruego: Nombre de _____ No. DUI: _____
Nombre y Firma de Coordinador Administrativo	Nombre y Firma de Jefe de Unidad de Reinserción Social y Productiva



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

**DECLARACIÓN JURADA DE RECEPCIÓN DE FONDOS PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO POR ABONO
A CUENTA BANCARIA A PERSONA BENEFICIARIA PENSIONADA EN OTRA INSTITUCIÓN**

Yo: _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), con Expediente No. _____, portadora de mi Documento Único de Identidad No: _____ y **BAJO JURAMENTO DECLARO:** Que en este acto recibo fondos para la prestación de beneficio adicional, por **un monto total de _____** *Dólares de los Estados Unidos de América (US \$ _____)* en la **cuenta bancaria N° _____ del Banco: _____**, para obtener los componentes de mi Unidad de Apoyo Productivo de: _____ que según acuerdo _____ de fecha ____ de _____ de ____ se me ha autorizado. RATIFICO A LA VEZ, MI COMPROMISO de adquirir, cuidar, brindar mantenimiento y reparación a los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo mencionada, de acuerdo a las indicaciones y recomendaciones que me han sido dadas como parte del proceso de Reinserción Social y Productiva que FOPROLYD realiza en mi beneficio; así como de hacer funcionar la actividad productiva en que se me apoya, siéndome totalmente prohibido vender, permutar, donar, dar en alquiler o en garantía, la totalidad o parte de los componentes de dicha Unidad de Apoyo Productivo, sin autorización previa de FOPROLYD. Además, me comprometo a presentar los comprobantes de compra en un plazo máximo de 15 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales. En caso de no cumplir con los términos ratificados en esta Declaración Jurada, confirmo mi AUTORIZACIÓN para que FOPROLYD haga efectiva la orden de descuento firmada, para que de mi pensión mensual recibida en (IPSFA, ISSS, INPEP, otras) proceda al reintegro de la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente, reintegro que realizaré mediante cuotas mensuales, según disponga FOPROLYD tomando en cuenta la disponibilidad de mi pensión. Todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva antes citado. En fe de lo anterior, junto a los representantes de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en las Oficinas _____, en el departamento de _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Nombre y Firma de Coordinador Administrativo

Nombre y Firma de Jefe de Unidad de Reinserción Social y Productiva



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

**DECLARACIÓN JURADA DE RECEPCIÓN DE FONDOS PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO DE
FORMACIÓN PROFESIONAL POR ABONO A CUENTA BANCARIA A PERSONA PENSIONADA EN OTRA
INSTITUCIÓN.**

Yo: _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), con Expediente No. _____, portadora de mi Documento Único de Identidad No: _____ **BAJO JURAMENTO DECLARO:** Que en este acto recibo fondos para la prestación de beneficio adicional, por **un monto total de _____ Dólares de los Estados Unidos de América (US \$ _____) en la cuenta bancaria N° _____ del Banco: _____**, para Unidad de Apoyo Productivo de: _____ que según acuerdo _____ de fecha ____ de _____ de ____ se me ha autorizado. RATIFICO A LA VEZ, MI COMPROMISO de presentar los documentos de respaldo de los pagos realizados, que la institución educativa emita a mi favor, los comprobantes de notas de las asignaturas cursadas al final de cada ciclo/modulo y estudiar de forma continua hasta finalizar. Todo de acuerdo a las indicaciones y recomendaciones que me han sido dadas como parte del proceso de Reinserción Social y Productiva que FOPROLYD realiza en mi beneficio. Además me comprometo a presentar los comprobantes de pago en un plazo máximo de 15 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales. En caso de no cumplir con los términos ratificados en esta Declaración Jurada, confirmo mi AUTORIZACIÓN para que FOPROLYD me descuente de mi pensión mensual la cantidad recibida, cuyo reintegro realizaré mediante cuotas mensuales, según disponga FOPROLYD tomando en cuenta la disponibilidad de mi pensión, quedando entendido que FOPROLYD; todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva antes citado. En fe de lo anterior, junto a los representantes de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____ en las Oficinas _____, en el departamento de _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Ing. Douglas Rafael Martínez Cruz
Coordinador Administrativo
URSYP

Licda. Angélica Ester Ruano Blanco
Jefe de Unidad de Reinserción Social y Productiva



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

DECLARACIÓN JURADA DE RECEPCIÓN DE FONDOS PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO ATRAVÉS DE CHEQUE A PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS

Yo: _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), con Expediente No. _____, portadora de mi Documento Único de Identidad No: _____ y Número de Identificación Tributaria _____.

BAJO JURAMENTO DECLARO: Que en este acto recibo por medio de CHEQUE, la prestación de beneficio adicional, por un monto total de _____ *Dólares de los Estados Unidos de América (US \$*

_____) para obtener los componentes de mi Unidad de Apoyo Productivo de: _____ que según acuerdo _____ de fecha ____ de _____

de _____ se me ha autorizado. RATIFICO A LA VEZ, MI COMPROMISO de adquirir, cuidar, brindar mantenimiento y reparación a los componentes de la Unidad de Apoyo Productivo mencionada, de acuerdo a las indicaciones y recomendaciones que me han sido dadas como parte del proceso de Reinserción Social y Productiva que FOPROLYD realiza en mi beneficio; así como de hacer funcionar la actividad productiva en que se me apoya, siéndome totalmente prohibido vender, permutar, donar, dar en alquiler o en garantía, la totalidad o parte de los componentes de dicha Unidad de Apoyo Productivo, sin autorización previa de FOPROLYD. Además me comprometo a presentar los comprobantes de compra en un plazo máximo de 15 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales.

En caso de no cumplir con los términos ratificados en esta Declaración Jurada, confirmo mi AUTORIZACIÓN para que FOPROLYD descuenta de mi pensión mensual la cantidad no invertida, ni respaldada correctamente, reintegro que realizaré mediante cuotas mensuales, según disponga FOPROLYD tomando en cuenta la disponibilidad de mi pensión. Todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva antes citado. En fe de lo anterior, junto a los representantes de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en las Oficinas _____, en el departamento de _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Ing. Douglas Rafael Martínez Cruz
Coordinador Administrativo
URSYP

Licda. Angélica Ester Ruano Blanco
Jefe de Unidad de Reinserción Social y Productiva



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

DECLARACIÓN JURADA DE RECEPCIÓN DE FONDOS PARA UNIDAD DE APOYO PRODUCTIVO ATRAVÉS DE CHEQUE A PERSONA PENSIONADA EN OTRA INSTITUCIÓN.

Yo: _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), con Expediente No. _____, portadora de mi Documento Único de Identidad No: _____ y Número de Identificación Tributaria _____.

BAJO JURAMENTO DECLARO: Que en este acto recibo por medio de CHEQUE, la prestación de beneficio adicional, por un monto total de _____ *Dólares de los Estados Unidos de América (US \$*

_____) para obtener los componentes de mi Unidad de Apoyo Productivo de: _____ que según acuerdo _____ de fecha _____ de _____ se me ha autorizado. RATIFICO A LA VEZ, MI COMPROMISO de presentar los documentos de respaldo de los pagos realizados que la institución educativa emita a mi favor, los comprobantes de notas de las asignaturas cursadas al final de cada ciclo/modulo y estudiar de forma continua hasta finalizar.

Todo de acuerdo a las indicaciones y recomendaciones que me han sido dadas como parte del proceso de Reinserción Social y Productiva que FOPROLYD realiza en mi beneficio. Además me comprometo a presentar los comprobantes de pago en un plazo máximo de 15 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que me sean entregados los recursos, salvo casos especiales.

En caso de no cumplir con los términos ratificados en esta Declaración Jurada, confirmo mi AUTORIZACIÓN para que FOPROLYD me descuente de mi pensión mensual la cantidad recibida, cuyo reintegro realizaré mediante cuotas mensuales, según disponga FOPROLYD tomando en cuenta la disponibilidad de mi pensión, quedando entendido que FOPROLYD; todo en cumplimiento al Acuerdo de Junta Directiva antes citado. En fe de lo anterior, junto a los representantes de FOPROLYD, firmo o estampo la huella digital del pulgar de mi mano _____, en las Oficinas _____, en el departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma o Huella de la Persona Beneficiaria

Firma a Ruego:

Nombre de _____

No. DUI: _____

Ing. Douglas Rafael Martínez Cruz
Coordinador Administrativo
URSYF

Licda. Angélica Ester Ruano Blanco
Jefe de Unidad de Reinserción Social y Productiva



CODIGO: INFCOM - 01

13.2.15 Informe Técnico para entrega de complementos para Unidades de Apoyo Productivo

	FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
INFORME TECNICO PARA ENTREGA DE COMPLEMENTOS PARA UNIDADES DE APOYO PRODUCTIVO	
I. GENERALIDADES	
NOMBRE	
EXPEDIENTE	
DIRECCIÓN	
MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO	
FECHA DE ELABORACIÓN	
FACTIBILIDAD PARA COMPLEMENTO DE UAP: _____	
AÑO DE ENTREGA: _____	
II. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA	
_____ _____ _____ _____ _____	
III. RECOMENDACIONES	
_____ _____ _____ _____ _____	
F. _____ Trabajador Social	F. _____ Agrónomo
F. _____ Agrónomo	F. _____ Mercadologo
F. _____ Vo.Bo. Coordinador de Zona	



CODIGO: INFMUL - 01

13.2.16 informe Técnico Multidisciplinario

FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO			
INFORME TECNICO MULTIDISCIPLINARIO			
I. GENERALIDADES			
NOMBRE			
EXPEDIENTE			
DIRECCIÓN			
MUNICIPIO			
DEPARTAMENTO			
FECHA DE ELABORACIÓN			
INGRESO POR REFERENCIA DE CTE <input type="checkbox"/> ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA <input type="checkbox"/>			
FACTIBILIDAD PARA UAP: _____			
II. RESULTADOS DE ACCIONES REALIZADAS			
DISCIPLINA	DIAGNOSTICO		
TRABAJO SOCIAL			
AGROPECUARIO			
MERCADEO			
III. CONCLUSIONES			
IV. RECOMENDACIONES			
V. PLAN DE ACCION			
A. Notificación de acuerdo de Junta Directiva de Aprobación de UAP			
B. Orientación del Proceso de adquisición de UAP			
C. Recepción y Revisión de colizaciones			
D. Adquisición de Componentes de UAP			
E. Recepción y Revisión de comprobantes de compra			
F. Verificación de componentes adquiridos			
G. Orientar de la actividad productiva			
H. Seguimiento a la actividad productiva			
F. _____ Trabajador Social	F. _____ Agrónomo	F. _____ Agrónomo	F. _____ Mercadologo
F. _____ Vo.Ba. Coordinador de Zona			



CODIGO: INFEGR - 01

13.2.17 Informe Técnico de Egreso al Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para personas beneficiarias pensionadas de FOPROLYD

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
INFORME TECNICO DE EGRESO AL PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN PRODUCTIVA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS DE FOPROLYD	
I. GENERALIDADES	
NOMBRE	
EXPEDIENTE	
DIRECCIÓN	
MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO	
FECHA DE ELABORACIÓN	
II. MOTIVO DEL CIERRE	
<ul style="list-style-type: none">❖ ACTIVIDAD PRODUCTIVA EXITOSA❖ FALLECIMIENTO❖ NO SE UBICA A BENEFICIARIO EN SU DOMICILIO❖ ACTIVIDAD PRODUCTIVA UBICADA EN ZONA DE ALTO RIESGO SOCIAL❖ INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD❖ OTROS	
III. SITUACION DEL CASO	
F. _____ Trabajador Social	F. _____ Agrónomo
F. _____ Agrónomo	F. _____ Mercadologo
F. _____ Vo.Bo. Coordinador de Zona	



CODIGO: INFNOF - 01

13.2.18 Informe Multidisciplinario para casos no factibles de Ingreso al Programa de Apoyo a la Inserción Productiva para personas beneficiarias pensionadas de FOPROLYD

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
INFORME MULTIDISCIPLINARIO PARA CASOS NO FACTIBLES DE INGRESO AL PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN PRODUCTIVA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS DE FOPROLYD	
I. GENERALIDADES	
NOMBRE	
DUI	
EXPEDIENTE	
DIRECCIÓN	
MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO	
FECHA DE ELABORACIÓN	
MOTIVO DE REFERENCIA: _____	
II. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA	
_____ _____ _____ _____	
III. CONCLUSIÓN	
_____ _____ _____ _____ _____	
F. _____ Trabajador Social	F. _____ Agrónomo
F. _____ Agrónomo	F. _____ Mercadólogo
F. _____ Vo.Bo. Coordinador de Zona	