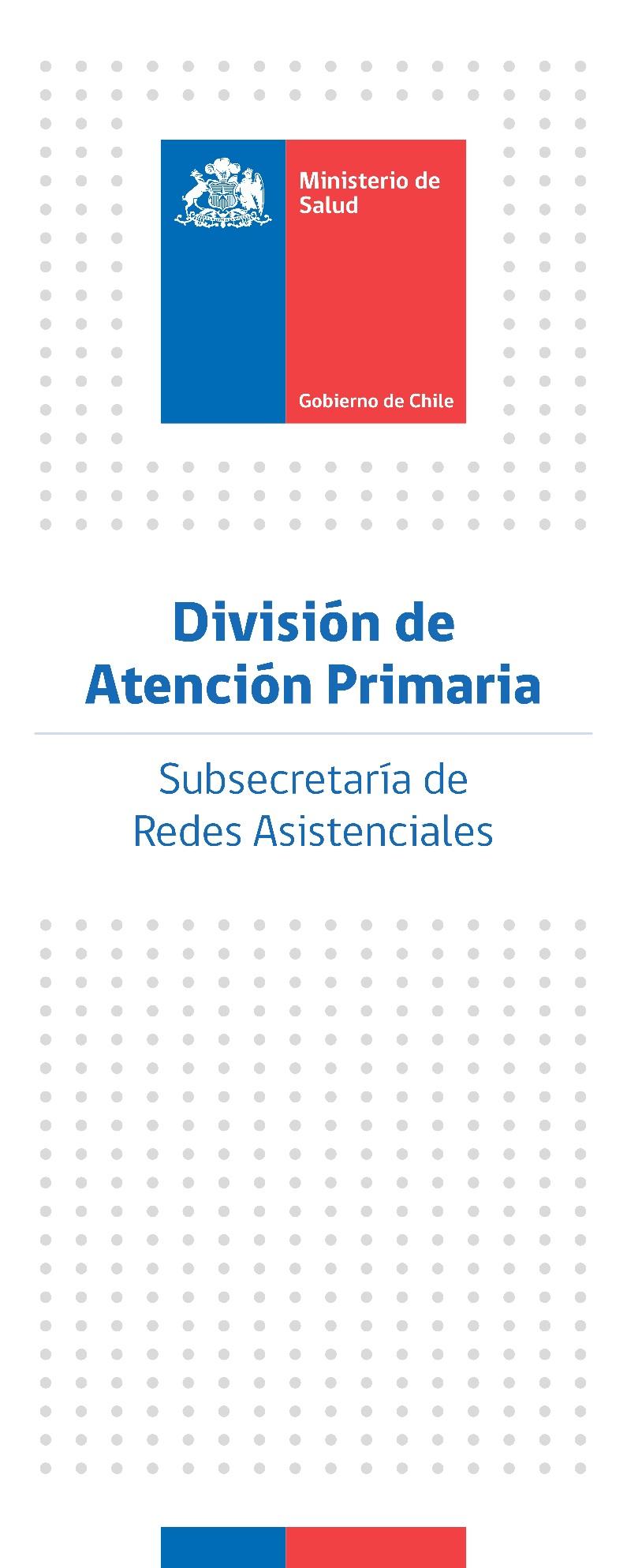


**BASES DE FONDOS CONCURSABLES PARTICIPACION CIUDADANA EN ATENCION PRIMARIA**



**Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario**



**ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

**CARTA DE COMPROMISO MUNICIPAL**

**PROYECTO PARTICIPACION 2019**

Por medio de la presente, la I. Municipalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se compromete a proporcionar el apoyo técnico necesario al Proyecto denominado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, presentado en conjunto por la organización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el CES/CESFAM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para estos efectos se establece que la contraparte Municipal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quién será el responsable de la coordinación, implementación, correcta ejecución presupuestaria y posterior rendición al Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En caso que los fondos concursables asignados no logren cubrir la totalidad de la actividad, esta municipalidad se compromete a realizar un aporte adicional para el éxito del proyecto.

Sin otro particular, se despide Atte.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Firma y Timbre

Alcalde/sa.

**ANEXO N° 2**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO DE INICIATIVA DE PARTICIPACION CIUDADANA EN ATENCION PRIMARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.- IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE POSTULA EL PROYECTO: | |
| NOMBRE |  |
| RUT |  |
| DOMICILIO |  |
| COMUNA |  |
| REGIÓN |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO | @  (para ser utilizado como vía oficial de comunicación) |
| CENTRO DE SALUD |  |
| SERVICIO DE SALUD |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Nombre del proyecto** | | |
|  | | |
| **3. Objetivo/s general/es**  *Se refiere al “qué” se quiere hacer y logro que se quiera alcanzar. Los objetivos específicos se refieren al “cómo” se llevará a cabo, relacionados a la temática postulada. Extensión máxima es de 1.500 caracteres.* | | |
|  | | |
| 1. **Fundamento del proyecto**   *Se refiere al “por qué” es importante llevar a cabo esta iniciativa. Extensión máxima es de 2.000 caracteres.* | | |
|  | | |
| 1. **Descripción del proyecto**   *Se refiere a “cuáles “serán las actividades necesarias para la implementación de la iniciativa cultural que se postula. Extensión máxima es de 3.000 caracteres.* | | |
|  | | |
| 1. **Planificación de las actividades que contempla la iniciativa. Indique las acciones y/o actividades, según meses de calendarización distribuyéndolas en los dos meses de implementación.**   *Agregue tantas filas como sean necesarias para cubrir todas las actividades de su iniciativa.* | | |
| **Acciones/actividades** | **Mes 1** | **Mes 2** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Resultados esperados con el desarrollo de la iniciativa comunitaria postulada.**   *Extensión máxima 2.000 caracteres.* | | |
|  | | |
| 1. **Descripción del territorio donde se llevará cabo la iniciativa comunitaria postulada. Para estos efectos, Territorio se entenderá como espacios extramurales, distintos al establecimiento de salud.** *Extensión máxima 1.000 caracteres.* | | |
|  | | |
| 1. **Destinatarios de la iniciativa comunitaria postulada.**   *Se requiere que describa con quiénes y para quiénes se plantea necesario desarrollar esta iniciativa comunitaria. Extensión máxima 2000 caracteres.* | | |
|  | | |
| 1. **Impacto que tendrá la implementación de la iniciativa comunitaria postulada, en el corto y largo plazo, para la comunidad que habita. Indicar, por ejemplo, las capacidades que quedarán asentadas en la comunidad que participe de la iniciativa.**   *Extensión máxima 2000 caracteres* | | |
|  | | |
| 1. **Señale el o los indicadores de medición de cumplimiento del proyecto (tasa, porcentaje, etc).** *Se refiere a fórmula matemática, la cual siempre debe considerar a la población inscrita validada según FONASA.* | | |
| 1. **Gastos asociados proyectados a las actividades que se desarrollarán como parte de la iniciativa comunitaria postulada.** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Detalle** | **Cantidad** | **Costo** | **Distribución de Financiamiento** | | |
| **Aportes Servicio de Salud** | **Aporte Municipal** | **Aportes de otras instituciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |  |  |  |

1. **Equipo de trabajo: integrantes de la organización postulante, la cual se debe respaldar mediante Curriculum Vitae Simplificado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre y apellidos** | **RUT** | **Rol en el proyecto** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |
| **24** |  |  |  |
| **25** |  |  |  |
| **26** |  |  |  |
| **27** |  |  |  |
| **28** |  |  |  |
| **29** |  |  |  |
| **30** |  |  |  |
| **31** |  |  |  |
| **32** |  |  |  |
| **33** |  |  |  |
| **34** |  |  |  |
| **35** |  |  |  |
| **36** |  |  |  |
| **37** |  |  |  |
| **38** |  |  |  |
| **39** |  |  |  |
| **40** |  |  |  |
| **41** |  |  |  |
| **42** |  |  |  |

**ANEXO N° 3**

**FORMULARIO DE RENDICIÓN DE PROYECTOS**

*Es obligatorio completar todos los campos que se solicitan a continuación:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO** | | | |
| N° de Resolución |  | Año |  |
| Nombre del proyecto |  | | |
| Centro de Salud Asociado |  | | |
| Comuna |  | | |
| Servicio de Salud |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE ACTÚA COMO UNIDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS** | | |
| Nombre |  | |
| RUT |  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DE LA DIRECTIVA DE LA UNIDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS** | | | | | |
| **PRESIDENTE** | | | | | |
| Nombre |  | | | | |
| RUT |  | | Comuna | |  |
| Dirección |  | | | | |
| Teléfono(s) |  | Correo electrónico | |  | |
| **TESORERO (si corresponde)** | | | | | |
| Nombre |  | | | | |
| RUT |  | | Comuna | |  |
| Dirección |  | | | | |
| Teléfono(s) |  | Correo electrónico | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **RESUMEN RENDICIÓN DE PROYECTO** | | |
| Fecha de Rendición |  | |
| Monto recibido |  | |
| Monto que rinde |  | |
| Saldo por rendir |  | |
| Devolución de Fondos  Monto: | SI | NO |
|  | $0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DETALLE DE RENDICIÓN DE CUENTAS** | | | | |
|  | **N° de Factura** | **Fecha de Emisión de la Factura** | **Nombre del Proveedor** | **Monto ($)** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |
| **TOTAL $** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DETALLE DE RENDICIÓN DE CUENTAS** | | | | |
|  | **N° de Factura** | **Fecha de Emisión de la Factura** | **Nombre del Proveedor** | **Monto ($)** |
| **26** |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |
| **32** |  |  |  |  |
| **33** |  |  |  |  |
| **34** |  |  |  |  |
| **35** |  |  |  |  |
| **36** |  |  |  |  |
| **37** |  |  |  |  |
| **38** |  |  |  |  |
| **39** |  |  |  |  |
| **40** |  |  |  |  |
| **41** |  |  |  |  |
| **42** |  |  |  |  |
| **43** |  |  |  |  |
| **44** |  |  |  |  |
| **45** |  |  |  |  |
| **46** |  |  |  |  |
| **47** |  |  |  |  |
| **48** |  |  |  |  |
| **49** |  |  |  |  |
| **50** |  |  |  |  |
| **TOTAL $** | | | |  |

**Firma Representante Legal de la Unidad Administradora de Fondos y Timbre de la Organización**

*Nota: El Servicio de Salud y/o el Ministerio de Salud se reserva el derecho de solicitar documentación complementaria a lo indicado en el presente formulario en el caso que la revisión de cuentas así lo amerite.*