**CARTA DE COMPROMISO MUNICIPAL**

 **Programa de Fomento de la Participación Social en APS a través de la ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud 2024**

 Por medio de la presente, la I. Municipalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se compromete a proporcionar el apoyo técnico necesario a la Iniciativa denominado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, presentada en conjunto por la organización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el Establecimiento de Atención Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 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 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/ Alcaldesa

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO**

El Programa de Fomento de la Participación Social en APS a través de la ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud

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

|  |
| --- |
| **2. Nombre de la Iniciativa** |
|  |
| **3. Objetivo/s** *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 de la Iniciativa**

*Se refiere al “por qué” es importante llevar a cabo esta iniciativa. Extensión máxima es de 2.000 caracteres.* |
|  |
| 1. **Descripción de la iniciativa**

*Se refiere a “cuáles “serán las actividades necesarias para la implementación de la iniciativa comunitaria 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** | **Mes 3** | **Mes 4** | **Mes 5** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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.* |
| **Destinatarios Directos** | **N°** | **Destinatarios Indirectos** | **N°** |
|  |  |  |  |
| **Descripción:** |
| 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 de la iniciativa (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** |  |  |  |  |

**13.Equipo de trabajo: Profesionales que ejecutarán la actividad, quienes deben acreditar su experiencia mediante Currículum Vitae Simplificado o inscripción en la Superintendencia de Salud.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre y apellidos** | **RUT** | **Rol en el proyecto** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |

**TABLA DE EVALUACIÓN DE ADMISIBILIDAD**

**Puntuación de ADMISIBILIDAD de las iniciativas proyecto:**

|  |
| --- |
| **1. LINEA DE INTERVENCION (Marca con una X la o las líneas que abarca el proyecto)** |
| Trabajo intersectorial para abordaje de vulnerabilidades y desigualdades sociales que influyen en la condiciones de equidad en la salud la comunidad. |  | Intervenciones sociosanitarias en el manejo y autocuidado de la salud de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, con foco en los objetivos y alcances de la iniciativa HEARTS (MINSAL-OPS). |  |
| Promoción de Estilos de Vida Saludables en las comunidades locales, enfocándose en iniciativas que incluyan intervenciones sociosanitarias basadas en situación epidemiológica especifica con énfasis en enfoque de curso de vida. |  | Fortalecimiento de instancias y mecanismos de participación social que se orienten a mejorar la experiencia usuaria de las personas y organizaciones en el acceso a la atención en salud |  |
| Estrategias que potencien la prevención y promoción de la Salud Mental en las personas y comunidad basadas en un concepto de bienestar integral que incluyan la participación de organismo públicos y privados. |  | Iniciativas de protección del medio ambiente y de entorno saludables para las personas y comunidades a través de educación social e intervenciones para la prevención y control de enfermedades zoonóticas. |  |
| Estrategias de cooperación y educación en salud entre las comunidades indígenas y los equipos APS destinadas a intervenir condiciones de salud específicas en las localidades. |  | Gestión participativa entre comunidades y equipos de salud destinadas a fortalecer la gestión de emergencias y desastres con las personas. |  |
| Estrategias y/o iniciativas comunitarias contenidas en los Planes de Participación Social de los Establecimientos de Salud en el marco del MAIS y de la Estrategia de Cuidados Integrales Centradas en las Personas (ECICEP). |  | Iniciativas de educación destinadas al fortalecimiento de habilidades y competencias en la comunidad para avanzar en procesos de gestión participativos en la red asistencial de salud. |  |
| Estrategias de Cuidados Comunitarios en salud para cuidadores y personas en situación de discapacidad en la comunidad. |  |  |  |
|  |
| **CRITERIO** | **PONDERACION** |
| 1 línea | 5 PTS |
| Entre 2 y 6 líneas | 10 PTS |
| 7 líneas o más | 15 PTS |
| **TOTAL**  |  |

|  |
| --- |
| **2. N° DE ORGANIZACIONES** (Marca con una X la cantidad de organizaciones que participan del proyecto) |
| Organizaciones Sociales, Funcionales y Territoriales  | **CRITERIO** | **PONDERACION** | **RESULTADO** |
| 1 a 2 organizaciones | 5 PTS |  |
| Entre 3 y 4 Organizaciones | 10 PTS |  |
| Entre 5 y 6 organizaciones | 15 PTS |  |
| 7 y más organizaciones | 20 PTS |  |
| **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **3. Beneficiarios Directos** (Marca con una X la cantidad de personas que participan directamente de las acciones del proyecto) |
| Personas  | **CRITERIO** | **PONDERACION** | **RESULTADO** |
| 25 a 50 | 5 PTS |  |
| 51 a 100 | 10 PTS |  |
| 101 a 250 | 15 PTS |  |
| 251 y más | 20 PTS |  |
| **TOTAL** |  |

**PUNTAJE ADMISIBILIDAD FINAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADMISIBILIDAD**  | ADMISIBLE |  | NO ADMISIBLE  |  |
| **OBSERVACIONES**  |  |

**IMPORTANTE** *EL* ***PUNTAJE MINIMO*** *PARA AVANZAR A LA ETAPA DE EVALUACIÓN FINAL SERÁ DE* ***20 PUNTOS.***

|  |
| --- |
| **FIRMA COMISION DE EVALUACION DE SERVICIO DE SALUD** |
| **Nombre** | **Institución** | **Cargo** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Documentación requerida (para resguardo del Servicio de Salud)**

|  |
| --- |
| **Documentación** |
| **1.- Dimensión del Proyecto** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| Carta de compromiso (Anexo 1)\* |  |  |  |
| Registro Organizaciones (Anexo 2) |  |  |  |
| Adjunta Personalidad jurídica u otro documento que acredite la existencia formal de la Organización y/o certificado del centro de salud que acredite vínculos de trabajo programas de salud.  |  |  |  |
| Registro en la Superintendencia de Salud (funcionarios de salud) o CV de quien realiza la actividad |  |  |  |

\*: solo para establecimientos municipales.