

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**División de Gestión de Redes Asistenciales**

**Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados**

**Unidad de Salud Mental**

FORMULARIO PRESENTACION PROYECTOS

FONDOS CENTROS DE PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO Y SALUD MENTAL

AÑO 2024

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

**1.1.- Nombre del proyecto:**

|  |
| --- |
|  |

**1.2.- Antecedentes de la Organización Ejecutora del Proyecto:**

*Debe ser una organización social con personalidad jurídica.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Organización: |  |
| RUT: |  |
| Número y Fecha de la Personalidad Jurídica |  |
| Correo Electrónico: (obligatorio) |  |
| Dirección: |  |
| Teléfonos: |  |

**1.3.- Antecedentes del Representante Legal:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| RUT: |  |
| Correo Electrónico: (obligatorio) |  |
| Dirección: |  |
| Teléfonos: |  |

**1.4.- Antecedentes de los Responsables de la Ejecución del Proyecto:**

*Puede ser igual o distinto al Representante Legal de la Organización*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| RUT: |  |
| Correo Electrónico: (obligatorio) |  |
| Dirección: |  |
| Teléfonos: |  |

1. **DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

**2.1.- Identificación o descripción del problema:**

*Se describe el problema que se desea abordar (para su agrupación), sus causas y a quienes afecta, que temática interviene, donde se realizan y quienes lo ejecutan.*

|  |
| --- |
|  |

**2.2.- Justificación del proyecto:**

*Señala el por qué es razonable proponerlo y como contribuiría a solucionar el problema descrito. Es conveniente mencionar experiencias anteriores en relación al tema.*

|  |
| --- |
|  |

**2.3.-- Beneficiarios:**

*Señala la cantidad y características de quienes son los beneficiarios directos e indirectos del proyecto.*

|  |  |
| --- | --- |
| Directos: |  |
| Indirectos: |  |

**2.4.- Objetivos que se quiere alcanzar:**

*Deben ser medibles, concretos y realizables, dentro de las estrategias planteadas en bases de proyectos de Centros de Prevención de Alcoholismo y Salud Mental año 2016 de cada Servicio de Salud.*

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivo General: |  |
| Objetivos Específicos: |  |

**2.5.- Actividades necesarias para cumplir los objetivos específicos:**

*Debe establecerse claramente las actividades que se realizarán para cumplir con cada uno de los objetivos específicos descritos en el punto 2.4.*

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivo 1: | Actividad 1: |
| Actividad 2: |
| Actividad 3: |
| Objetivo x: | Actividad 1: |
| Actividad 2: |
| Actividad 3: |

**2.6.- Cronograma o calendario de actividades:**

*Corresponde a un cuadro en donde se ordenan paso a paso las fechas de inicio y término de cada una de las actividades (colocar las actividades descritas en punto 2.5, y colocar una “x” en el periodo en el cual se realizarán).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES** | **MES 1** | | | | **MES 2** | | | | **MES 3** | | | | **MES X** | | | |
| **SEMANA** | | | | **SEMANA** | | | | **SEMANA** | | | | **SEMANA** | | | |
|  | **1º** | **2º** | **3º** | **4º** | **1º** | **2º** | **3º** | **4º** | **1º** | **2º** | **3º** | **4º** | **1º** | **2º** | **3º** | **4º** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PRESUPUESTO**

**3.1.- Recursos necesarios para realizar cada actividad:**

*Entrega una detallada información sobre las fuentes de financiamiento.*

*Los gastos se pueden agrupar por ítem, de acuerdo a lo solicitado en las rendiciones (Gastos Operacionales, Equipamiento y Recursos Humanos).*

*Deben desglosarse los gastos por cada uno de estos ítems.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **FONDOS**  **PROPIOS**  **(A)** | **FONDOS**  **SALUD MENTAL COMUNITARIA**  **(B)** | **TOTAL**  **(A+B)** |
| Gastos Actividades |  |  |  |
| Gastos Operacionales |  |  |  |
| Gastos Equipamiento |  |  |  |
| Gastos Recursos Humanos |  |  |  |
| Otros Gastos |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

1. **GESTIÓN O ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO**

*Detalla la forma de organización planteada para llevar a cabo el proyecto, como por ejemplo responsables de actividades, lugares de realización de éstas, estimación de participantes, mecanismos financieros a utilizar, y las formas del control del mismo.*

|  |
| --- |
|  |

1. **EVALUACIÓN DEL PROYECTO**

*Considerar los Objetivos establecidos en el punto 2.4*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **ACTIVIDADES** | **INDICADORES DE EVALUACIÓN** | | |
| **INICIO** | **DURANTE (PROCESO)** | **FINAL (RESULTADO)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE AL PROYECTO:**
2. Proyecto de acuerdo a formulario de presentación adjunto.
3. Certificado de Registro como Receptores de Fondos Públicos según Ley de Transparencia N°19.862.
4. Documento que acredite Personalidad Jurídica Vigente de la Organización.
5. Carta de patrocinio del centro de salud al que se vincula la organización.