**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE INICIATIVAS DE ASIGNACIONES DIRECTAS - 2023**

**GOBIERNO REGIONAL DE ANTOFAGASTA**

Antecedentes Organización

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| R.U.T DE LA INSTITUCIÓN | TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN | | CELULAR DE LA INSTITUCIÓN | | | CORREO ELECTRÓNICO | |
|  |  | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |
| DIRECCIÓN | | | | | COMUNA | | |
|  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  |
| N° PERSONALIDAD JURIDICA | | INSTITUCION QUE OTORGA PERSONALIDAD JURIDICA | | | | | FECHA |
|  | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| N° CUENTA BANCARIA DE LA INSTITUCIÓN | | BANCO Y TIPO DE CUENTA (CUENTA AHORRO, CUENTA VISTA, CUENTA CORRIENTE) | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL | | | | RUT | | | TELÉFONO |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |
| NOMBRE COORDINADOR PROYECTO | | | | RUT | | | TELÉFONO |
|  | | | |  | | |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE PROYECTO Y/O INICIATIVA |
|  |

PROYECTO DE CONTINUIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |

LÍNEA DEL PROYECTO ALCANCE DEL PROYECTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES SOCIALES DE EMERGENCIA |  |  | COMUNAL |  |
| ACTIVIDADES SOCIALES |  | PROVINCIAL |  |
| ACTIVIDADES CULTURALES |  | REGIONAL |  |
| ACTIVIDADES DEPORTIVAS |  | NACIONAL |  |
| ACTIVIDADES DE SEGURIDAD CIUDADANA |  | INTERNACIONAL |  |
| SUBSIDIOS |  | OTRO (ESPECIFICAR) |  |

|  |
| --- |
|  |

1. EXPERIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
2. DESCRIPCION DE PROYECTO Y/O INICIATIVA

|  |
| --- |
| *SE DEBE DESCRIBIR AL MENOS.*  *¿Qué problema se quiere solucionar? ¿a quienes afecta?*  *¿Qué se quiere realizar? Lugar, cantidad de personas, actividades a realizar entre otros.*  *¿Es la primera vez que se realiza el proyecto? ¿Cuántas veces a la semana? ¿Cuánto tiempo?*  *¿Qué organizaciones participan en el proyecto? (otras organizaciones sociales, municipio o servicios públicos) ¿contará con profesor o tallerista?*  *Indicar medidas COVID a implementar para el desarrollo de las actividades* |

1. BENEFICIARIOS Y/O PARTICIPANTES

a) Cuantificación de beneficiarios.

(Directos es a quienes llega la prestación, servicio o participan de la actividad, Indirecto son sus familias o la comunidad en general)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIRECTOS |  | HOMBRES |  | MUJERES |  |
| INDIRECTOS |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |

b) Descripción de beneficiarios

|  |
| --- |
| *(Donde viven, genero, que edades tienen, nivel educativo, situación laboral, situación económica, situación de salud, Otros)* |

4. DESCRIPCION DE INICIATIVA

a) Objetivo General.

b) Objetivos específicos.

5.- REQUERIMIENTOS PRESUPUESTARIOS.

A) ITEMES PRESUPUESTARIOS.

I.- EQUIPAMIENTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

II.- GASTOS DE OPERACIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| II | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

III.- DIFUSION (OBLIGATORIA) 3% MINIMO DE LA SUBVENCION SOLICITADA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| III | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

IV.- RRHH - HONORARIOS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IV | ITEM | CANTIDAD (HORAS) | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

V.- ALIMENTACION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| V | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

VI.- TRANSPORTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VI | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

VII.- ALOJAMIENTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VII | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

VIII.- GASTOS ADMINISTRATIVOS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VIII | ITEM | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTAL | | |  |

IX IMPREVISTOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IX | ITEM | TOTAL |
|  |  |  |
| **TOTAL** | |  |

B) RESUMEN PRSUPUESTO SOLICITADO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ITEM | PRESUPUESTO |
| I | EQUIPAMIENTO |  |
| II | GASTOS DE OPERACIÓN |  |
| III | DIFUSION (OBLIGATORIO) 3% MINIMO DE LA SUBVENCION SOLICITADA |  |
| IV | HONORARIOS |  |
| V | ALIMENTACION |  |
| VI | TRANSPORTE |  |
| VII | ALOJAMIENTO |  |
| VIII | GASTOS ADMINISTRATIVOS |  |
| IX | IMPREVISTOS |  |
|  | TOTAL |  |

c) JUSTIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITEM | PRESUPUESTO | JUSTIFICACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO |
| EQUIPAMIENTO |  |  |
| GASTOS DE OPERACIÓN |  |  |
| DIFUSION (OBLIGATORIO) 3% MINIMO DE LA SUBVENCION SOLICITADA |  |  |
| HONORARIOS |  |  |
| ALIMENTACION |  |  |
| TRANSPORTE |  |  |
| ALOJAMIENTO |  |  |
| GASTOS ADMINISTRATIVOS |  |  |
| IMPREVISTOS |  |  |

D) IDENTIFIQUE CO-APORTES.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITEM | MONTO | DESCRIPCION |
| EQUIPAMIENTO |  |  |
| GASTOS DE OPERACIÓN |  |  |
| HONORARIOS |  |  |
| ALIMENTACION |  |  |
| TRANSPORTE |  |  |
| ALOJAMIENTO |  |  |
| GASTOS ADMINISTRATIVOS |  |  |
| OTROS |  |  |
| TOTAL |  |  |

E) INDICADORES

Tabla N° Indicadores de impacto, por programa financiado.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicador | Contenido | Formato de medición | Meta esperada |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

6.- DESCRIPCION EQUIPO DE TRABAJO Y ACTIVIDADES DE ASOCIADOS A LA EJECUCION DEL PROGRAMA.

1. DESCRIPCIÓN DE RRHH DEL ORGANISMO EJECUTOR.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RRHH Requerido | Formación Académica | Funciones |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. CRONOGRAMA DE GASTOS DE RRHH

Detalle de gastos mensuales en recursos Humanos, asociados a la ejecución.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo RRHH | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, INCLUYA DESCRIPCION Y MESES DE REALIZACION

Descripción de las principales actividades y los tiempos destinados para su desarrollo.

Tabla N° Proyección tiempos y actividades del programa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividades | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN** |