# **ANEXO N° 2**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**PROGRAMA DE CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA APS**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |  |  |  |