# ANEXO N° 1[[1]](#footnote-1)

**CARTA DE COMPROMISO MUNICIPAL**

**Programa de Cuidados Comunitarios en la APS**

 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/sa.

# 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** |  |  |  |

1. En caso de establecimientos con dependencia de Servicios, deberá firmar el Director(a) del establecimiento correspondiente. [↑](#footnote-ref-1)