



DELEGACIÓN DE SALUD

1. DATOS DE LA ENTIDAD.

ENTIDAD	<input type="text"/>
PERSONA RESPONSABLE LEGAL DE LA ENTIDAD:	<input type="text"/>
Nº TELÉFONO:	<input type="text"/>
E-MAIL:	<input type="text"/>
PERSONA RESPONSABLE DEL PROYECTO:	<input type="text"/>
Nº TELÉFONO:	<input type="text"/>
E-MAIL:	<input type="text"/>

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

3. NIVEL DE ATENCIÓN ALCANZADO.

3.1. Nº de personas que han participado en el proyecto.

PERSONAS PARTICIPANTES								
	0-5 Años	6-12 años	13-18 años	19-29 años	30-64 años	65-79 años	80 años en adelante	TOTAL
H	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2. Movilidad De Los/as beneficiarios/as.

BENEFICIARIOS		MOTIVOS DE BAJA		
Nº Total de Altas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> LOGRO DE OBJETIVOS <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> EXPULSIÓN		
Nº Total de bajas	<input type="text"/>			

3.3. Distribución de los/as participantes según el país de procedencia.



DELEGACIÓN DE SALUD

PAÍS DE PROCEDENCIA	NÚMERO BENEFICIARIOS/AS	
	Hombres	Mujeres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS.

4.1. Consecución objetivos generales.

OBJETIVOS GENERALES	% CONSEGUIDO
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2. Consecución objetivos específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	% CONSEGUIDO
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>



DELEGACIÓN DE SALUD

4		
5		
6		

5. METODOLOGÍA UTILIZADA.

5.1 Fase de Ejecución.

ACTIVIDAD			
Tipo	Nº participantes	descripción	Duración (horas)
<input type="checkbox"/> Gestión de recursos			
<input type="checkbox"/> Tramitación de ayudas			
<input type="checkbox"/> Jornadas y cursos			
<input type="checkbox"/> Congresos y foros			
<input type="checkbox"/> Itinerarios formativos			
<input type="checkbox"/> Prevención			
<input type="checkbox"/> Fomento del voluntariado			
<input type="checkbox"/> Investigación			
<input type="checkbox"/> Talleres			
<input type="checkbox"/> Formación			
<input type="checkbox"/> Actividades socioeducativas			
<input type="checkbox"/> Actividades de tiempo libre			
<input type="checkbox"/> Asesoramiento jurídico			
<input type="checkbox"/> Asesoramiento, información derivación a recursos en general			
<input type="checkbox"/> Otros: (enumerar)			



DELEGACIÓN DE SALUD

• Observaciones:

5.2. Fase de Evaluación.

• Metodología de evaluación utilizada:

Indicadores de evaluación		Resultados
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>



6	
<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="204 353 512 383">• Valoración de resultados<div data-bbox="209 383 1414 1122"></div><li data-bbox="204 1350 472 1379">• Impacto del Proyecto<div data-bbox="209 1379 1414 1921"></div>	



DELEGACIÓN DE SALUD

Coordinación Delegación de Salud: si no

Coordinación con otras entidades sociales: si no

¿cuáles?

Observaciones:

6. ESPECIFICAR VARIABLES/ ACONTECIMIENTOS NO PREVISTOS QUE SE HAN PRODUCIDO.

7. CALENDARIO.

7.1 fecha de inicio y finalización del proyecto.

FECHA INICIO

FECHA FINALIZACIÓN

8. RECURSOS.



DELEGACIÓN DE SALUD

8.1 Recursos materiales utilizados.

--

8.2 Equipamiento.

SEDE / LOCAL	
(Especificar espacios físicos donde se ha desarrollado el proyecto)	
<input type="checkbox"/>	PROPIO
<input type="checkbox"/>	ALQUILADO
<input type="checkbox"/>	CEDIDO
	Indicar ubicación : <input style="width: 500px;" type="text"/>

8.3 Recursos humanos.

PERSONAL		
Tipo	Categoría Profesional	Número
Profesional dependiente	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Voluntariado	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Profesional independiente	<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>



DELEGACIÓN DE SALUD

	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL PERSONAL		

8.4. Recursos financieros.

COSTE TOTAL DEL PROYECTO	<input type="text"/>	€
1. CONTRIBUCIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE	<input type="text"/>	€
2. SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS especificar: <input type="text"/>	<input type="text"/>	€
3. OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN especificar: <input type="text"/>	<input type="text"/>	€
4. CUANTÍA DE LA SUBVENCIÓN CONCEDIDA POR ESTE AYUNTAMIENTO	<input type="text"/>	€

9. GASTOS REALIZADOS.

9.1. Total gastos.

1. GASTOS DE PERSONAL (especificar): <input type="text"/>	<input type="text"/>	€
---	----------------------	---



DELEGACIÓN DE SALUD

2. GASTOS DE MATERIAL (especificar): <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €
3. GASTOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDAD (especificar): <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €
4. GASTOS PREVISTOS PARA EL PAGO DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y VOLUNTARIOS/AS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €
5. OTROS GASTOS (especificar): <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €
TOTAL DE GASTOS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €

9.2. Gastos imputados al Ayuntamiento.

1. GASTOS DE PERSONAL (número y categoría profesional) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €
2. GASTOS DE MATERIAL (Marcar con una "x" lo que proceda)	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €
<input type="checkbox"/> Material fungible para talleres	
<input type="checkbox"/> Reprografía y difusión	
<input type="checkbox"/> Material didáctico	
<input type="checkbox"/> Papelería y fotocopias	
<input type="checkbox"/> Material audiovisual fungible	
<input type="checkbox"/> Libros y revistas	



DELEGACIÓN DE SALUD

<input type="checkbox"/> Documentación e instrumentos técnicos	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
3. GASTOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES. (Marcar con una "x" lo que proceda)	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Entradas a espectáculos y visitas culturales	
<input type="checkbox"/> Transporte, facturas de gasolina, autobuses y taxi	
<input type="checkbox"/> Dietas de voluntariado en concepto de transporte, manutención y alojamiento	
<input type="checkbox"/> Restauración	
<input type="checkbox"/> Alojamiento	
<input type="checkbox"/> Tarjetas telefónicas (para teléfonos a nombre de la entidad).Gastos telefónicos. Otros suministros.	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
4. GASTOS DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y VOLUNTARIOS/AS	<input type="text"/> €
5. OTROS GASTOS (especificar):	<input type="text"/> €
TOTAL DE GASTOS	<input type="text"/> €



Observaciones:

--