



xFormato de Presentación de Proyectos Comunitarios de Postas de Salud Rural 2017

El presente formato es el instrumento oficial de presentación de Proyectos para el Fondo Postas de Salud Rural.

Antecedentes de la Entidad Postulante		
Nombre Entidad Postulante	CORPORACIÓN MUNICIPAL DALCAHUE	
Tipo de Entidad	EDUCACIÓN Y SERVICIOS	
Rut Entidad Postulante	71.146.000-4	
Nombre completo del Representante Legal o Alcalde	Juan Segundo Hijierra Serón	
Antecedentes del Responsable o Encargado del Proyecto		
Nombre del Responsable del Proyecto	Nancy Del Carmen Ojeda Vásquez	
Correo Electrónico	fanydbe@gmail.com	
Teléfono fijo	65 /642302	
Teléfono móvil	9 /97634104	
Antecedentes Generales del Proyecto		
Nombre ficticio del proyecto	Estamos preparados	
Comuna donde se implementará el proyecto	Posta de salud Puchauran	
Monto del Aporte solicitado al Fondo (Requisito de admisibilidad)	\$ 570.000	
Monto del Aporte Propio	\$ 50.000	
Monto del Aporte de Terceros		
Monto Total del Proyecto		
Resumen del Proyecto (Describa en no más de 30 líneas el proyecto que está presentando en el cuadro de la derecha)	La zona rural en especial los usuarios del sector de la posta de salud rural de Puchauran, en la actualidad no cuentan con talleres o capacitaciones de Primeros Auxilios y accidentes caseros, que permitan prevenir o estar atento a algún episodio que en la comunidad se presenten y así poder contar con elementos básicos con el fin de dar una otorgar un apoyo a los usuarios del sector. Por ello se hace necesario capacitar a un grupo de personas integrantes del comité de salud, para que estos cuenten con herramientas básicas que le permitan intervenir en alguna situación.	
Clasificación del Proyecto (Nuevo o Continuidad)		
Duración del Proyecto (Meses)		
Área Temática del Proyecto (Marque con una X)	Autocuidado en salud	X
	Satisfacción Usuaría	

	Participación Social	
	Promoción y Prevención	X

1.- JUSTIFICACIÓN.

- **Justificación o fundamentación del problema:**

Señale el por qué es importante el proyecto a presentar y cómo contribuiría a solucionar el problema descrito. Es conveniente mencionar experiencias anteriores en relación al tema.

Es necesario capacitar a un grupo de personas de la comunidad en prevención de accidentes caseros o primeros auxilios, ya que se hace necesario que nuestra comunidad cuente con herramientas, conocimiento y habilidades técnicas, teóricas metodológicas, para que ellos puedan prevenir o intervenir con acciones que estén en directo beneficio de la comunidad.

2. CALIDAD DEL PROYECTO

2.1 Objetivos Generales

- **Objetivo General**

Se refiere al cambio principal que se quiere lograr en relación con el problema detectado por la organización.

Capacitar en Primeros Auxilios y Accidentes caseros a 10 socios del comité de salud del sector de Puchauran.

▪ **Objetivos Específicos**

Plantee los objetivos específicos que desagreguen del objetivo general en componentes de acción específicos. Recuerde que los objetivos específicos constituyen las etapas que permiten lograr el objetivo general.

Realizar 4 Talleres de Primeros Auxilio y Accidente Caseros. Confeccionar manual de Primeros Auxilios y Accidentes Caseros. Adquisición de Equipamiento a monitores (Esfigmo Manómetro, termómetros, botiquín primeros auxilios, linternas)

2.2 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 anterior.

Objetivo 1:	Actividad 1: Elaboración de Talleres Equipo de Salud
	Actividad 2: Realización de 4 Talleres
Objetivo 2:	Actividad 1: Confeccionar Manual Primeros Auxilios
	Actividad 2: Entregar manual a monitores
	Actividad 3: Adquisición de Equipamiento

3. BENEFICIARIOS

▪ **Población Objetivo del Proyecto (usuarios o beneficiarios del proyecto)**

Cuadro de Población Objetivo Comprometida

N° de Beneficiarios Directos del Proyecto (definir número comprometido de beneficiarios directos)	10
N° de Beneficiarios Indirectos del Proyecto (por ejemplo: familias y cercanos a beneficiarios directos) (definir número comprometido de beneficiarios indirectos)	450

▪ **Cronograma de actividades:**

Transcriba actividades identificadas en el punto 2.2, marcando con una “X” su lugar en el siguiente cuadro temporal.

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Elaboración del Taller			X		x				x				x				X			
Cotización de Equipos				X																
Adquisición de Equipos						X														
Talleres de Primeros Auxilios.								X		X				X				x		

4. PLAN E INSTRUMENTO DE EVALUACION

Describir cómo y qué verificador o indicador, evaluara el desarrollo y resultados de su proyecto, tales como: *lista de asistencia, registro fotográfico, acta de reunión, evaluación nutricional, etc.*

Éstos deben ser presentados con el informe del corte al 31 de diciembre de 2017 del Programa Mejoría en la Equidad en Salud Rural.

Máximo 1 página.

Crónicas grupales de registro de asistentes a las reuniones

Fotografía de las actividades

Reuniones de Evaluación con la comunidad

6. PRESUPUESTO DEL PROYECTO P.S.R. PUCHAURAN

El presupuesto debe ser coherente con los objetivos planteados y las actividades propuestas en el proyecto, de igual manera, se deben respetar los topes presupuestarios y lo solicitado debe enmarcarse dentro de las orientaciones técnicas existentes.

Se solicita realizar un desglose de los gastos asociados a cada ítem y presentar por lo menos una cotización que respalde el presupuesto solicitado.

Recursos necesarios para realizar cada actividad:

ITEM	FONDOS PROPIOS (A)	FONDOS EQUIDAD RURAL (B)	TOTAL (A+B)
Gastos Operacionales			
Insumos			
Gastos Equipamiento			
10 Cajas Plásticas		\$ 46.210	
10 Termómetros Digitales		\$ 25.120	
10 Equipo de presión Digital		\$ 352.940	
10 Linternas		\$ 79.900	
TOTAL		\$504.170	\$ 504.170

7. ANEXOS QUE DEBEN SER ADJUNTADOS AL PROYECTO

Incluya cualquier antecedente o documento que considere pertinente para complementar la información entregada en el formulario.

- a). - Se debe adjuntar por lo menos una cotización.
- b). - Cartas de compromiso institucional y comunitario que respalden el proyecto.
- c). - Nombre y contacto del/la/los/las dirigentes de la comunidad responsable.

NOMINA USUARIOS COMITÉ DE SALUD PUCHAURAN 2017 17-04-17

1. Ariana Janet Diaz Bole 12.391.196-2 *Ariana Diaz*
2. Sergio Henon Bole Bts 13.168.318-2 *Sergio Bole Bts*
3. Oritia Perez Barria 11.064.785-8 *Oritia Perez B*
4. Filomena Bole 12.391.196-2 *Filomena Bole*
5. Brigida Ulloa Ulloa 8.934.785-4 *Brigida Ulloa*
6. Eligio Diaz Borrientes 3.236.794-1 *Eligio Diaz*
7. Isabel del. Diaz Arroy 7.868.940-4 *Isabel Diaz*
8. Bernadete Balcazar Bole 7.412.379-2 *x Maria Bole Bole*
9. Pauline Hernandez Ulloa 17.720.848-5 *Pauline Hernandez*
10. Angelica Diaz Diaz *x Maria Diaz*
11. Natalia Cardenas Cardenas 20.085.313-K *Natalia Cardenas*
12. Danilo Miranda Borrientes 18.526.846-2 *Danielo Miranda*



INSUMOS CHILOE E.I.R.L

Distribuidora de Equipos e Insumos Médicos
Muebles Clínicos, Ortopédicos y Rehabilitación

COTIZACION N°18042017

PARA : CORPORACION MUNICIPAL DE DALCAHUE

AT. Sr. (a) : PAMELA BARRIENTOS

DE : INSUMOS CHILOE EIRL

FECHA : 18 ABRIL DE 2017

Junto con saludar y de acuerdo a lo solicitado, tengo a bien cotizar los siguientes productos :

cantidad	DESCRIPCION DEL PRODUCTO		PRECIO UNITARIO	TOTAL neto
10	Botiquín Caja Plastica		4621	46.210
10	Termometro Digital		2512	25.120
10	Esfigomanometro Digital Citizen		35294	352940
	VALORES MAS IVA			\$424.270

Sin otro particular, le saluda atentamente,

INSUMOS CHILOE E.I.R.L.
76.299.631-6
CASTRO