

BUENAS Prácticas Componente 2: Capacitación y Asesoramiento Técnico**Formulario de Presentación de Proyectos**

Nombre del proyecto

Fecha de presentación del proyecto al MDS		Fecha prevista de inicio de la ejecución del proyecto	
---	--	---	--

Nombre, del Organismo Responsable	
-----------------------------------	--

LOCALIZACION del Proyecto

NODO	Departamento		Localidad	
	Barrio			

Tipología		(Cantidad de personas)	
-----------	--	------------------------	--

Monto de la prestación mensual		Duración del proyecto	meses
--------------------------------	--	-----------------------	-------

Cant. de Capacitadores y O promotores y o Equipos		Cant. de Beneficiarios Indirectos	
---	--	-----------------------------------	--

Espacio reservado para el MDS	
Firma y sello de la Oficina receptora	Número de recepción
Cumple con requisitos formales	Número de aprobación
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

A Completar MDS**Verificación de aspectos formales**

1. Desempeño del Organismo Responsable	Si	No
a) El Organismo Responsable del proyecto tiene incumplimientos previos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) El Organismo Responsable ha trabajado con el MDS con anterioridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa el Proyecto no podrá ser evaluado y será devuelto al Organismo Responsable		

2. Requisitos del Proyecto	Si	No
a) ¿Consta las firmas y sellos de los responsables legales y técnicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Consta la fotocopia de documentos de los responsables? O bien la certificación otorgada por el Registro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Se señala claramente la localización específica del proyecto en el croquis de ubicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Se presenta la información adicional requerida para la tipología correspondiente (Monotributo de Profesionales, CV de Profesionales y o idóneos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Consta la información y firma/s correspondiente/s de representante/s legal/es de otros Programas Sociales y/o Cofinanciadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Si no cumple con alguno de los requisitos, el Proyecto no podrá ser evaluado y será devuelto al Organismo Responsable		

El Proyecto cumple con los Aspectos Formales: De no cumplir con los Aspectos Formales, señalarlo en la primera hoja del Formulario de Presentación, e interrumpir el proceso de evaluación	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

.....
Firma y sello de la Unidad Evaluadora de Proyectos
Sociales

Fecha: / /

	Datos institucionales
--	------------------------------

1.1 Domicilio Organismo Responsable		
Calle	N	Dpto
Localidad		C.P
Partido/Departamento	NODO	
Teléfono	Fax	

1.2 Datos del Responsable	
Apellido/Nombre	
Tipo y número de documento de identidad	
Domicilio	
Teléfono/Fax	

1.3 Datos del Responsable Técnico del proyecto	
Apellido / nombre	
Tipo y número de documento de identidad	
Domicilio	
Teléfono/Fax	

PARTE 2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 Subtipología del proyecto Componente de Capacitación

Resultados esperados / Metas / Localización

• **DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO A REALIZAR**

Parte 3

3.1 Cantidad de participantes del proyecto

3.2 Tiempo solicitado

3 meses ☐ 4 meses ☐ 6 meses ☐

Lunes a viernes de a hs.

Contenidos de la Capacitación:

	hs.
	hs.
	hs.
	hs.
	hs.
	hs.
	hs.
	hs.
Cantidad total de destinadas a la capacitación	hs.
	Subtotal

Cronograma de actividades

		%	1er mes		2do mes		3er mes		4to mes		5to mes		6to mes Observaciones	
1														
			%		%		%		%		%			
2														
			%		%		%		%		%			
3														
			%		%		%		%		%			
4														
			%		%		%		%		%			
5														
			%		%		%		%		%			
6														
			%		%		%		%		%			
7														
			%		%		%		%		%			
8														
			%		%		%		%		%			
9														
			%		%		%		%		%			
10														
			%		%		%		%		%			
11														
			%		%		%		%		%			
12														
			%		%		%		%		%			
13														
			%		%		%		%		%			
14														
			%		%		%		%		%			
15														
			%		%		%		%		%			

	Costo de equipamiento y o insumos
--	--

Listado		Unida d	Canti- dad	Costo por unidad	Costo del material	Aporte Programa
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

	Capacitadores / Equipos
--	--------------------------------

Listado / nomina de capacitadores		Nº	Costo Mensual	Costo Total
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO

Aportante	Equipa- miento	Insumos	Equipos De trabajo	Otros	Gastos general es (E)	Sub - totales
Organism o responsab le		-----	-----			
MDS						
Totales		-----	-----			

	Declaración jurada
--	---------------------------

Documentación complementaria que acompaña a la presentación	
Descripción	Página s

El/la que suscribe,

en su carácter de representante legal del Organismo Responsable

.....

.....,con domicilio

en declara que

la información incluida en este formulario y en la documentación complementaria antes detallada es fidedigna. Además manifiesta conocer y aceptar la normativa que rige al Programa y se responsabiliza de la efectivización de los aportes comprometidos en cantidad, tiempo y forma para la ejecución del proyecto.

.....
Sello y firma de representante legal del organismo responsable