|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Formato de descripción y desarrollo del proyecto | | | | |
| 1.- Nombre del proyecto  P.A.D. (como lo marca la convocatoria) |  | 2.- Nombre de la I.A.P.: |  | 3.-Nombre del representante legal y responsable del proyecto: |
|  |  |  |

ggg

PROGRAMA DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO

12.- Miembros del Patronato y vigencia (Deberá contar con vigencia en todo el proceso del P.A.D. 2019):

11.-Datos de contacto del Representante Legal:

Comunidad y población a la que brindan servicios actualmente:

Listado de los servicios que proveen:

Visión:

4.

-

Teléfono y correo electrónico

Del

el

responsable del proyecto:

5.

-

Domicilio y teléfono de la institución:

6.

-

Número de registro dentro de

la JAPEM:

7.

-

Fecha de constitución como

I.A.P.:

8.

-

Fecha de certificación

(vigente).

Médico

10.

-

Describir brevemente el trasfondo de su institución:

Educación

Personas con

discapacidad

Ancianos

Niñas, Niños

y

Adolescentes

Desarrollo

Social

Misión:

9.- Rubro (Subrayar o resaltar con “negritas”)

PROGRAMA DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO

**Valor total del proyecto en pesos m/n:**

**Metas:**

**Objetivos (generales y específicos):**

**Establecer el diagnóstico que justifica atender la necesidad del presente proyecto:**

**Describir la situación, cuál es el problema identificado o cuál es la necesidad de la I.A.P. que pretende atender con el proyecto:**

**Nombre del proyecto:**

**13.- Plan de Trabajo:**

**Valor total del proyecto**

**APORTADOR**

**Porcentaje**

**(proporcional al valor total del proyecto)**

JAPEM

**Impacto social que pretende generar:**

**Programa o servicio(s) que realiza actualmente y las acciones de mejora que sugiere:|**

I.A.P.

|

**Resultado final a través de lo que se desea alcanzar (logros concretos y explícitos que dan cumplimiento con su objeto asistencial de la I.A.P.):**

|

**Describir los mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan medir cuantitativa y cualitativamente las distintas etapas y los resultados de la ejecución del proyecto:**

**Viabilidad:**

**Líneas de acción:**

PROGRAMA DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO

PROGRAMA DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO

v

14.- Describa los insumos o servicios que requerirá el proyecto:

15.- Nombre, teléfono y monto total cotizado por dos proveedores (Deberá anexar las cotizaciones):

Producto o servicio

Proveedor 3

Proveedor 2

Proveedor 1

Costo unitario

Cantidad

Unidad de medida

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 | Semana 5 | Semana 6 | Semana 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**19.- Nombre y firma del Representante Legal:**

**20.- Lugar y fecha de elaboración:**

**18.- Nombre, cargo y firma del responsable de la elaboración y seguimiento del proyecto:**

17.- Anexos (incorporar la documentación de testigo fotográfico, cotizaciones entre otros)

16.-Cronograma de actividades a desarrollar con el proyecto