

**BOLETÍN OFICIAL N° 12198
(06/02/2008)**

**DECRETO 71/O8
ANEXO II
FORMULARIO DE PROYECTO
MUNICIPAL PARA EL
FORTALECIMIENTO DE LA APS**

(Adjunto: “Instructivo del Formulario”)

Deberá ser presentado a la Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública en dos (2) copias impresas, foliadas correlativamente, y con una (1) copia en soporte magnético.

Podrá ser entregado en forma personal en el horario de 08.00 a 13.00 y de 15 a 20 horas, o ser enviado por correo postal certificado a:

SUBSECRETARIA DE ATENCION PRIMARIA Y SALUD AMBIENTAL,
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA de DESCENTRALIZACION de la GESTION en A.P.S.
DOMICILIO: TUCUMAN N° 2174 2° PISO.
(C.P. 3300) POSADAS - MISIONES.

Le solicitamos que al trabajar con el presente Formulario lea atentamente el instructivo adjunto.

Por cualquier duda o consulta contáctese

➤ Vía correo electrónico a:

mspdessop@gmail.com

➤ O telefónicamente: en el horario de
8:30 a 12:30 hs. y de 15:30 a 19:30 hs. Al:
(0376) 4447099/7722/7811

➤ O personalmente en:

Subsecretaria de Atención Primaria y Salud Ambiental, Tucumán N° 2184 2° piso,
Posadas, Misiones.

DATOS GENERALES

I TITULO DEL PROYECTO



II LUGAR DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO



III MUNICIPIO



IV N° DE CUIT



UNIDAD DE GESTIÓN MUNICIPAL

V RESPONSABLE DE GESTIÓN MUNICIPAL DEL PROYECTO (RGM)



VI DATOS PARA LA COMUNICACIÓN CON EL/LA R.G.M DEL PROYECTO

LABORAL
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

VII DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

Banco:
Sucursal:
Tipo y N° de Cuenta:
CBU:

VIII ADMINISTRADOR DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO



IX DATOS PARA LA COMUNICACIÓN CON EL ADMINISTRADOR DE FONDOS

LABORAL
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

X DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN POSTAL

Destinatario
Calle / Número / Piso
Localidad
Código Postal

XI EQUIPO TÉCNICO MUNICIPAL DE APOYO A LA GESTION Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Nombre y Apellido	Profesión/ Oficio	Cargo que ocupa actualmente

XII JUSTIFICACIÓN DE LA PRIORIDAD MUNICIPAL
(No más de cien palabras)

XIII BENEFICIARIOS

Población Destinataria del Proyecto (cuántos, quiénes, dónde)
(No más de cien palabras)

DIRECTOS:

INDIRECTOS:

XIV OBJETIVOS

GENERAL

ESPECÍFICOS (máximo cuatro)

I

II

III

IV

XV CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha de Inicio Estimada	Día:	Mes	Año
Fecha de Finalización Estima Da	Día:	Mes	Año

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (máximo 3 –a.b.c- por Objetivo Específico -I; II; III; IV)	MES												RESULTADOS ESPERADOS
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
I.a)													
I.b)													
I.c)													
II.a)													
II.b)													
II.c)													
III.a)													
III.b)													
III.c)													
IV.a)													
IV.b)													
IV.c)													

XVI PRESUPUESTO SEGÚN RUBROS DETALLADOS A FINANCIAR POR EL GOBIERNO PROVINCIAL

Actividad							
E T A P A I	Nº	Descripción actividad	Rubro	Descripción recurso	Cantidad	Importe Total	
	Subtotal Etapa I						

Actividad							
E T A P A II	Nº	Descripción actividad	Rubro	Descripción recurso	Cantidad	Importe Total	
	Subtotal Etapa II						

XVII MONTO TOTAL DEL PROYECTO MUNICIPAL

MONTOS	CANTIDAD EN (\$)	PORCENTAJES
Transferido por el Gobierno Provincial		
Propios aportados por el Municipio		
Aportados por otras fuentes (incluya aquí lo aportado por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia)		
Total de recursos a utilizar durante todo el proyecto		100 %

XVIII FECHA Y FIRMAS

Fecha de Presentación del Proyecto:	Día:	Mes	Año
-------------------------------------	------	-----	-----

Firma del Responsable de Gestión Municipal (RGM)

Aclaración (Nombre y Apellido)

DNI N°

Firma del Intendente

Aclaración (Nombre y Apellido)

DNI N°