

## ANEXO II – CARTA AVAL DE LA UGJ

Lugar, fecha

Al Coordinador de Redes

XXXX

S / D

De mi mayor consideración:

Por la presente, y en cumplimiento de los términos correspondientes a la Convocatoria a Proyectos Innovadores 2019, manifiesto el aval de la Unidad de Gestión Jurisdiccional de XXX a la propuesta “TÍTULO DE LA PROPUESTA” presentada por (DIRECTOR DE PROYECTO), que se realizará en los efectores (DETALLE DE EFECTORES) pertenecientes a la red.

A través de la propuesta mencionada se buscará articular y generar sinergia con el Proyecto de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud que se está implementando en la jurisdicción.

Sin otro particular, saluda atentamente

**Firma y sello**

**La carta aval deberá estar firmada por el responsable operativo de la UGJ y/o el referente político de la jurisdicción para el Programa Redes**

## ANEXO III - FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE IDEA PROYECTO Y AVALES

|  |
| --- |
| 1. **Descripción general del Proyecto Innovador en el área de Redes de Salud para el abordaje y tratamiento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT)** |

Título preliminar:

|  |
| --- |
|  |

*Descripción general de la propuesta innovadora en el área de Redes de Salud (hasta 1 carilla):*

|  |
| --- |
|  |

*¿Qué problema aborda la propuesta? (hasta 1 carilla):*

|  |
| --- |
|  |

*¿Cuál es el impacto esperado y los beneficiarios directos e indirectos de la propuesta? (hasta 1 carilla):*

|  |
| --- |
|  |

*¿Por qué considera innovadora la propuesta? (hasta 1 carilla):*

|  |
| --- |
|  |

***PRESUPUESTO ESTIMADO:***

*(Indicar el monto total estimado para la ejecución del proyecto, en pesos)*

***CUADRO RESUMEN DE OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RESULTADOS ESPERADOS***

*(Describir la información brevemente completando los campos respectivos en el siguiente cuadro)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo general:** | | | | |
| **Objetivos específicos:** | | | | |
| **Nº de etapa y meses de duración** | **Actividades principales**[[1]](#footnote-1) | **Objetivo asociado y breve descripción de la actividad** [[2]](#footnote-2) | **Resultados esperados[[3]](#footnote-3)** | **Localización**[[4]](#footnote-4) |
| **Etapa 1**  **(... meses de duración)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Etapa 2**  **(... meses de duración)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Etapa 3**  **(... meses de duración)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Especificación de la RED Participante:*** | | |
| **Tipo de entidad** | **Nombre** | **Actividades a desarrollar** |
| Efector de Salud de Primer Nivel |  |  |
| Hospital |  |  |
|  |  |  |
| Otros |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Otras entidades intervinientes en el proyecto[[5]](#footnote-5):*** | | |
| **Tipo de entidad** | **Nombre** | **Actividades a desarrollar** |
| Organismos del Estado |  |  |
| Universidades |  |  |
| Empresas |  |  |
| Entidades de I+D |  |  |
| Otros |  |  |

*Datos del lugar donde se desarrollará el proyecto (si se realiza en más de un lugar repetir el cuadro)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | |  | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | Calle: | |  | | | | | | | Nº : |  |
| Localidad: | |  | | | | C.P.: |  | | Provincia: |  | | |
| Tel.: |  | | | | Correo Electrónico: | | |  | | | | |
| Responsable: | | |  | | | | | | | | | |

*Descripción general del lugar donde se realizará el proyecto (hasta media carilla):*

|  |
| --- |
|  |

#### Equipo de trabajo

*Datos Responsable/Director de Proyecto:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | | |
| DNI: |  | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | Calle: |  | | | | | | | | | Nº : |  |
| Localidad: |  | | | | C.P.: | |  | Provincia: | |  | | |
| Tel.: |  | | | Correo Electrónico: | |  | | | | | | |
| Profesión: | | | |  | |  | | |  | | | |
| Cargo el efector: | | | | | | | | | | | | |
| Código SISA del efector de salud al que pertenece: | | | |  | | Nombre del Efector: | | |  | | | |
| Dirección del efector: | | | Calle: |  | | | | | | | Nº : |  |
| Localidad: | |  | | | C.P.: | |  | Provincia: | |  | | |

*Datos del equipo integrante del Proyecto (agregar todos los integrantes del equipo):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participante (Nombre y Apellido) | Efector/ Institución | Profesión/Rol en el equipo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Datos Responsable Político de UGP provincial de Redes:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | | | | | | | |
| DNI: |  | | | | | | | | | |
| Dirección: | Calle: |  | | | | | | | Nº : |  |
| Localidad: |  | | | C.P.: | |  | Provincia: |  | | |
| Tel.: |  | | Correo Electrónico: | |  | | | | | |

#### Firmas y Avales:

|  |
| --- |
| Los abajo firmantes presentamos la siguiente propuesta de proyecto innovador, con el título “[TÍTULO DEL PROYECTO]“ de acuerdo con las condiciones de la convocatoria 2019 publicadas por el Programa Redes dela Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación.  Aceptamos las condiciones establecidas en la convocatoria y manifestamos el compromiso de quienes suscriben para dar cumplimiento al diseño y realización del proyecto y a realizar todos los esfuerzos que sean necesarios para la correcta y eficiente ejecución de la propuesta si la misma llegara a ser seleccionada.  Firma y sello del Director …………………………………………………………………………  Lugar y fecha:  Firma y sello del Co-Director 1 …………………………………………………………………………  Firma y sello del Co-Director 2 …………………………………………………………………………  Firma de responsable político de UGP ………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Aval del efector/es donde se desarrollará el proyecto:** |

(repetir para cada centro de salud que participe del proyecto)

Como Director del Centro de Atención Primaria [NOMBRE DEL CAPS] ubicado en la provincia de [PROVINCIA] avalo la realización del proyecto innovador con el título “[TUTULO DEL PROYECTO]“ y me comprometo a arbitrar todos los medios establecidos al interior del efector de salud que dirijo para favorecer el desarrollo del proyecto.

Sin otro particular, saluda atentamente

Firma y sello

Lugar y fecha:

Como Director del Hospital [NOMBRE DEL HOSPITAL], de la provincia de [PROVINCIA] avalo la realización del proyecto innovador con el título “[TUTULO DEL PROYECTO]“ y me comprometo a arbitrar todos los medios establecidos al interior del efector de salud que dirijo para favorecer el desarrollo del proyecto.

Sin otro particular, saluda atentamente

Firma y sello

Lugar y fecha:

1. Conjunto de actividades que se consideran pertinentes para la ejecución del proyecto. [↑](#footnote-ref-1)
2. Descripción de actividades (1 párrafo) [↑](#footnote-ref-2)
3. Debe expresarse en indicadores cuantificables. [↑](#footnote-ref-3)
4. Localización física de las actividades principales [↑](#footnote-ref-4)
5. Las entidades detalladas en este punto deberán suscribir el Acta Acuerdo (Anexo I) [↑](#footnote-ref-5)