**Programa Tenencia Responsable de Animales de Compañía**

**Presentación de proyectos “Esterilización en Gobernación” año 2021**

(Esta ficha complementa los antecedentes que deben subir a la plataforma www.subdereenlinea.gov.cl)

1. **Antecedentes proyecto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Proyecto** (se debe agregar solamente la Gobernación/Delegación) | **ESTERILIZACIÓN EN GOBERNACIÓN/DELEGACIÓN 2021 GOBERNACIÓN DE XXX** |
| **Institución ejecutora** (Gobernación/Delegación) |  |
| **Comunas** |  |
| **Región** |  |
| **Recurso total postulado ($)** |  |

**Justificación** (debe ser breve trasladada a punto II www.subdereenlinea.gov.cl)

|  |  |
| --- | --- |
| **Necesidades de la provincia/comunas** |  |
| **Población humana** | *N° habitantes totales y número de habitantes que serán beneficiados (N° de personas que viven en las localidades a intervenir)* |
| **Estimación población animal** | *N° total de perros y gatos, relación humano:animal utilizada, fuente de obtención de los datos.* |
| **Actividades de TRAC desarrolladas por la gobernación/delegación** | *Indicar todo tipo de iniciativas* |
| **Otros proyectos PTRAC ejecutados (SUBDERE)** | *Año, tipo proyecto, estado, N° intervenciones.* |
| **Cobertura** | *% de la población atendida con respecto al estimado de la población comunal* |
| **Continuidad** | *Indicar otros proyectos (en estado elegible PTRAC, proyectos PVEM, financiados por la gobernación, financiados por otra entidad)*  *Año, tipo proyecto, estado, N° intervenciones.* |

1. **Descripción del Proyecto** (debe ser breve y trasladada a punto III www.subdereenlinea.gov.cl)

|  |  |
| --- | --- |
| **N° total de prestaciones:** |  |
| **N° microchip:** |  |
| **Especies:** | *Canina y felina* |
| **Plazo:** |  |
| **Equipo médico (MV y TV):** | *Número de cirujanos, anestesistas, ayudantes, administrativos y su perfil (MV, TV, etc.), debe considerar equipo mínimo exigido por el Programa* |
| **Modalidad entrega servicios:** | *Forma de entrega de los servicios (fija o móvil)* |
| **Coordinación del proyecto:** | *Método de agenda de horas, días y horarios que entregarán servicios, N° de animales que desean atender por jornada, quienes realizarán tareas administrativas y otras tales como: rendición de fichas en plataforma ptrac, inscripción de animales en Registro Nacional, rendición en subdereenlinea y cierre del proyecto, revisión de los recintos, etc.*  *Además, debe indicar los mecanismos que utilizarán para la supervisión de las jornadas de esterilización e instrumento de fiscalización a usar.* |
| **Difusión:** | *Tipo, método y frecuencia* |

1. **Unidad Técnica Municipal y Carta Gantt**
   1. Unidad Técnica Municipal (UT)

(Esta unidad debe estar a cargo de un funcionario (a) con responsabilidad administrativa)

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad encargada proyecto** |  |
| **Nombre encargado proyecto** |  |
| **Cargo encargado proyecto** (con responsabilidad administrativa) |  |
| **Profesión encargado proyecto** |  |
| **Teléfono fijo encargado proyecto** |  |
| **Teléfono móvil encargado proyecto** |  |
| **Correo electrónico encargado proyecto** |  |
| **Dirección área encargada proyecto** |  |
| **Nombre del coordinador del proyecto** (funcionario que supervisa, administra y vela por la correcta ejecución del proyecto) |  |

* 1. Tiempo ejecución

Marque con una cruz según la planificación de las etapas del proyecto.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Mes 1** | | | | **Mes 2** | | | | **Mes 3** | | | | **Mes 4** | | | | **Mes 5** | | | |
| **Semana** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ***Planificación*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Creación de Bases técnicas y administrativas*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Licitación y contrato*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Difusión*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Habilitación recintos*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Ejecución*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Rendiciones subdereenlinea*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Inscripción en Registro Nacional*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Rendición fichas plataforma ptrac*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Cierre subdereenlinea*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Nota:** Las actividades deben incluir desde la preparación **de bases (Licitación)** para adquisición de servicios o insumos, hasta el cierre administrativo del proyecto. |

* 1. Periodicidad de la ejecución (distribución de entrega de las prestaciones)

De las N°…………..esterilizaciones (meta postulada), aproximadamente N°…………. se realizarán mensualmente, en un período de xxx meses.

1. **Presentación de proyecto**
   1. Modalidad

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalidad de ejecución del proyecto**  (marcar con una X) | **Administración Directa: x** |

* 1. Descripción de recintos y focalización

Lugares donde se entregan los servicios, éstos deben tener plena concordancia con los criterios de focalización y con la cantidad de servicios que planifica entregar.

|  |
| --- |
| **CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN:** tener presente que para aplicar los criterios de focalización debe tener a la mano la *Guía de postulación y Anexos respectivos*, los que le darán puntaje adicional. Será obligatorio elegir mínimo n° 01 criterio variable (V), ya que los fijos (F) son característicos propios de la comuna. La utilización de los criterios debe ir correctamente respaldada y presentada, de lo contrario el proyecto podría ser observado. A continuación, se nombran los 10 criterios de focalización existentes, con los requerimientos de porcentaje mínimo y máximo de distribución de los servicios, y el medio de verificación (cuando dicho medio sea un anexo existente en la Guía, éste no deberá ser adjuntado en la postulación, sólo deberá adjuntar los documentos de respaldo indicados). Se sugiere elegir los criterios de focalización que realmente va a aplicar, para no tener dificultades con la rendición y cierre. |

* + 1. Focalización

A continuación, indique los criterios de focalización que presenta el proyecto, especificando los sectores, metodología y distribución.

| **Presenta? (Si o No)** | **Criterio de Focalización** | **Especificar (según Anexos)** | **Metodología y distribución** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Comunas según grupo de desarrollo |  |  |
|  | 2. Dependencia del Fondo Común Municipal sobre los Ingresos Propios |  |  |
|  | 3. Zona extrema |  |  |
|  | 4. Sector rural con actividad agropecuaria |  |  |
|  | 5*. Escasos* servicios veterinarios |  |  |
|  | 6. Zonas aledañas a áreas silvestres protegidas y de Alto valor biológico |  |  |
|  | 7. Vertederos y otros |  |  |
|  | 8. Campamentos |  |  |
|  | 9. Zoonosis y RIESGOS sanitarios |  |  |
|  | 10. Participación ciudadana |  |  |

🡪 Ver Tabla N° 1 de Guía de postulación y documento Anexos postulación proyectos PTRAC.

* + 1. Recintos

En el siguiente cuadro complete todos los lugares donde efectuará las jornadas para la entrega de los servicios veterinarios:

| **Criterio focalización** | **Nombre recinto** | **Tipo de recinto** | **Dirección y unidad vecinal, comuna** | **N° operativos estimados a realizar** | **N° estimado de animales a intervenir** | **% servicios a realizar** | **Días y horario estimado** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ej:*  2. Escasos servicios veterinarios | *Ej:*  Sede esperanza, Sede las Tronqueras, Sede Millam, etc. | Sede social | xxxx | xxxx | xxx | *Ej:*  60% | *Ej:*  Martes-Viernes de 9:00-17:00hrs |
| No aplica | Consultorio Veterinario municipal | Centro veterinario fijo municipal | xxxx | xxx | xxx | 40% | Lunes de 9:00-17:00hrs |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **total** |  |  |  |  |  | **100%** |  |

1. **Presupuesto y Calidad Técnica**
   1. Presentación del Presupuesto

**Licitación:** Modalidad en donde un tercero ejecuta y que deberá regirse por la Guía de Protocolos Médicos vigente y presentar el presupuesto de acuerdo a las condiciones establecidas el siguiente formato:

| **Partidas** | **Unidad** | **Cantidad** | **Valor**  **Unitario ($)** | **Valor Total ($)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Microchip(i)* |  |  |  |  |
| *Lector (ii)* |  |  |  |  |
| *Insumos(iii)* |  |  |  |  |
| *Difusión(iv)* |  |  |  |  |
| *Papelería(v)* |  |  |  |  |
| *Gastos Generales (vi)* |  |  |  |  |
| *Utilidad (vi)* |  |  |  |  |
| *Procedimiento de esterilización (vii)* |  |  |  |  |
| **Subtotal** |  |  |  |  |
| **IVA (19%)** |  |  |  |  |
| **TOTAL GENERAL** | | | | $ |
| **Valor unitario** (Valor total general/N° total intervenciones) | | | | $ |

1. Microchip: se podrá financiar microchip con norma ISO 11784 y Certificación ICAR.
2. Lector: se podrá financiar sistema de lectura para microchip con norma ISO 11.785.
3. Insumos: se podrán financiar insumos médicos y veterinarios para los procedimientos médicos tales como medicamentos, anestésicos, antinflamatorios, analgésicos, antibióticos, soluciones de desinfección, jeringas, guantes estériles, suturas individuales y estériles, gasas, algodón, paños de campo, bránulas, mariposas, agujas, bajadas de suero, sueros, hojas de bisturí, mascarillas, gorros, etc. Revisar documento Excel. Concordantes con la Guía de protocolos médicos y las buenas prácticas de la medicina veterinaria.
4. Difusión: se podrán financiar pendones, afiches, pasacalles (con logo Mascota Protegida y SUBDERE).
5. Papelería: se podrán financiar formatos de consentimiento, declaraciones y comprobante de existencia. Cuyo formato entregará la SUBDERE.
6. En aquellos casos en que la suma de los gastos generales y utilidades sean superiores al 25%, deberá ser justificado detalladamente junto al presupuesto. La utilidad puede ser máximo 15%.
7. Procedimiento de esterilización: corresponde al procedimiento completo, desde la evaluación clínica, premedicación, anestesia, cirugía, hasta el alta médica.

|  |
| --- |
| **Nota:** El monto máximo a financiar por proyecto es **$23.000 por animal IVA incluido.** Cuando **excepcionalmente** se postule un monto mayor al indicado, se debe justificar detalladamente en descripción y en presupuesto; y se deben adjuntar tres cotizaciones formales. |

|  |
| --- |
| \* La gobernación deberá **elaborar** un presupuesto que permita cumplir con el estándar de la Guía de Protocolos Médicos y distribución presupuestaria acorde al mercado. En licitación dicho presupuesto deberá ser publicado en mercado público. |

* 1. Calidad técnica:

Gastos asociados al proyecto en base a la Guía de protocolos médicos.

Se omite la compra de: xxxxxxxxx, debido a que la gobernación/delegación pondrá a disposición dicho insumo/implemento/medicamento en cantidad y calidad de acuerdo con la Guía de Protocolos Médicos PTRAC.

| **ID** | **Nombre Insumo/implemento/medicamento** | **Cantidad** | **Características (Marca, fecha vencimiento, otros)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

* 1. Eficiencia:

El costo de la prestación presentada se encuentra acorde a la zona geográfica del Proyecto, es decir zona xxx (norte, centro, etc) la que se ajusta a los valores de mercado en las partidas y se ajusta al valor unitario de la respectiva tipología establecido por el Programa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Nombre, firma y timbre**  **Unidad Técnica Gobernación** |