**Programa Tenencia Responsable de Animales de Compañía**

**Presentación de proyectos “Plan Médico Veterinario en tu Municipio“ 2021 (PVET)**

(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 comuna) | **PLAN MÉDICO VETERINARIO EN TU MUNICIPIO 2021 COMUNA DE XXX** |
| **Institución ejecutora** (municipalidad, asociación de municipalidades) |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Recurso total postulado ($)** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Necesidades de la comuna** |  |
| **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 municipalidad** | *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 municipal** | *Indicar otros proyectos (en estado elegible PTRAC, financiados por municipalidad, 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)

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividades a realizar y su descripción:**  | 1. *Realizar Estrategia comunal de TRAC:*
2. *Realización de muestra población animal e informe de resultados:*
3. *Atención primaria veterinaria:*
4. *Desparasitaciones internas:*
5. *Desparasitaciones externas:*
6. *Identificación mediante Implantación de microchip:*
7. *Ingreso de pacientes en Registro Nacional de Mascotas o animales de compañía:*
8. *Realizar/ supervisar esterilizaciones:*
9. *Realizar talleres y charlas educativas en TRAC:*
10. *Realizar actividades con actores sociales:*
11. *Realizar difusión de su proyecto y de otros en TRAC:*
12. *Postular a otros proyectos PTRAC:*
13. *Subir fichas de pacientes al ptrac.subdereenlinea:*
14. *OTRAS: XXXXX*
 |
| **N° estimado de actividades realizar (aprox.):** | *1. Atención primaria veterinaria: n°\_\_**2.Proyectos a postular: n°\_\_**3.Actividades educativas: n°\_\_**4.Reuniones con actores sociales: n°\_\_* |
| **Especies:** |  *Canina y felina* |
| **Perfil profesional:** |  |
| **Jornada laboral:** | *Días, horario, formas de compensación de horas extras y/o fines de semana, entre otros.* |
| **Plazo:** |  *6 meses* |
| **Equipo de trabajo:** | *Médico veterinario: n°\_\_**Técnico veterinario: n°\_\_**Administrativos: n°\_\_**Otro: n°\_\_* |
| **Modalidad entrega servicios:** | *Forma de entrega de los servicios (fija o móvil): xxxxxxxxx* |
| **Coordinación del proyecto:** | *Método de agenda de horas, días y horarios que entregarán servicios, N° de animales que desean atender por jornada, organización de las 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.* |
| **Difusión:** | *Tipo, método y frecuencia* |

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

(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 0** | **Mes 1, 2, 3, 4, 5, 6** | **Mes 7** |
| **Semana** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ***Planificación*** | **X** | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Contrato*** |  |  | **X** | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Difusión*** |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |
| ***Ejecución*** |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |
| ***Rendiciones subdereenliena*** |  |  |  | **X** |  |  | **X** |  | **X** |  | **X** |  | **X** |  | **X** |  | **X** | **X** | **X** | **X** |
| ***Inscripción en Registro Nacional*** |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |
| ***Rendición fichas plataforma ptrac*** |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |
| ***Cierre subdereenlinea*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |

|  |
| --- |
| **Nota:** Las actividades deben incluir desde la planificación y contrato, hasta el cierre administrativo del proyecto. |

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

De las N°………….. atenciones veterinarias (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

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** | **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

**Administración Directa:** Modalidad en que la municipalidad ejecutará y administrará directamente el servicio, contratando a los equipos y comprando los materiales para la ejecución del proyecto. En este caso, el presupuesto deberá tener el siguiente desglose:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidad | Descripción | Valor Unitario ($) | Aporte Municipal | AporteSubdere | TotalProyecto |
| Gasto en Personal |  |   |   |   |   |   |
| Difusión |  |   |   |   |   |   |
| **Total**  |   |

1. Gasto en personal: Se podrá financiar exclusivamente personal Médico Veterinario titulado, de dedicación exclusiva para las acciones del plan, con aporte SUBDERE tope de $7.500.000 por 6 meses efectivos de trabajo.
2. Difusión: se podrán financiar pendones, dípticos, afiches, cruza calles (los cuales deben incluir el logo de Mascota Protegida y SUBDERE).
* El tope máximo es de $60.000 para este ítem. En la primera rendición deberá adjuntar factura correspondiente; en ningún caso se puede entregar boleta del Médico Veterinario para este ítem o bien estar a cargo de sus honorarios.
* Si cuenta con medio de difusión (con formato vigente) no es necesario comprar nuevamente, pero debe indicarlo en la ficha.
1. Tiempo de ejecución: 6 meses efectivos de trabajo.
2. Máximo monto a postular sumado difusión y honorario: $ 7.500.000 bruto, por Municipio.
	1. Calidad técnica:

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

* Se omite la compra de: xxxxxxxxx, debido a que el municipio pondrá a disposición dichos implementos.
* Se complementa honorarios de profesional por xxxx meses adicionales para extender el servicio a la comunidad (con un tope de 12 meses).

| **ID** | **Nombre****implemento/honorarios** | **Cantidad** | **Características** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

* 1. Eficiencia:

El costo asociado a honorarios profesionales y a implementos de difusión, se encuentran acorde a la zona geográfica del Proyecto, es decir zona xxx (norte, centro, etc) los que se ajustan a los valores de mercado en las partidas y al valor unitario de la respectiva tipología establecido por el Programa.

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