



Solicitud de Ayudas Fundación Quironsalud a la Cooperación Internacional en materia de salud 2023

Formulario B (INFORMACIÓN AMPLIADA)

Título del Proyecto

Lugar de actuación

1. DATOS DEL SOLICITANTE Y DE LA ENTIDAD/ONG

Nombre colaborador/embajador del Grupo Quironsalud

NIF

--

Centro de trabajo

--

Ciudad

--

Teléfono

--

Correo electrónico

--	--

ENTIDAD/ONG

--

NIF/CIF

--	--

Responsable del proyecto

--

Cargo

--

Domicilio de la sede social

--	--

Código postal

--	--

Ciudad

--

Teléfono

--

Correo electrónico

--	--

Página web (si la hubiese)

--	--

SOCIO LOCAL /CONTRAPARTE EXTRANJERA

Nombre	
Domicilio de la sede social	
Ciudad	
País	
Teléfono	
Correo electrónico	
Página web (si la hubiese)	
Persona(s) responsable(s) del proyecto	
Cargo	

Resumen de los fines, las actividades y recursos de la contraparte local, así como de las colaboraciones anteriores con la ONGD solicitante (Si las hubiese).

(máx. 250 palabras)

2. RESUMEN DEL PROYECTO

2.1. Título del proyecto

--

2.2. País / Área geográfica donde se realizará/impactará

--

2.3. Objetivo de Desarrollo

--

2.4.

Plazo de ejecución del proyecto

Fecha prevista de inicio (mes y año):

Fecha prevista de finalización (mes y año)

2.5. Coste total y porcentaje de la ayuda sobre el coste total

Coste total proyecto

Porcentaje de la ayuda sobre el coste total

Otras aportaciones

Concedidas	Solicitadas

2.6. Resumen proyecto

(máx. 250 palabras)

--

2.7. Localización exacta del proyecto

(máx. 200 palabras)

3. ANTECEDENTES, CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

(máx. 300 palabras)

4. POBLACIÓN PROTAGONISTA

4.1. Identificación de la población protagonista del proyecto (máx. 250 palabras)

(máx. 250 palabras)

4.2. Criterios de selección de la población protagonista

1. -----
2. -----
3. -----

5. DESARROLLO DEL PROYECTO

5.1. Objetivo General del proyecto

(máx. 50 palabras)

5.2. Objetivo(s) Específico(s) del proyecto (fin inmediato que el proyecto pretende conseguir con sus propios recursos y actividades)

- 1.
- 2.
- 3.

5.3. Resultados esperados, Indicadores y Fuentes de verificación

5.3.1. Resultados esperados (productos y servicios que se van a realizar en el marco del proyecto fruto de las actividades realizadas; suponen la consecución del objetivo específico).

(máx. 200 palabras)

5.3.2. Indicadores del grado de consecución de los resultados (indicador en términos de cantidad, calidad y tiempo que nos permita medir el grado de consecución de los resultados del punto 5.3.1) (Elaborar indicadores que posibiliten la evaluación de la naturaleza y la amplitud de los beneficios del proyecto)

Indicador 1.....
Indicador 2.....
Indicador 3

5.4. Recursos humanos implicados en la ejecución del proyecto

Nombre	Perfil	Función	Horas en el proyecto
	Total:		



5.5. Recursos materiales:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

5.6. Plan de acción

(máx. 500 palabras)

6. PRESUPUESTOS Y FINANCIADORES

6.1. Cuadro de financiación, desglosado por cofinanciadores (añadir columnas si fuese necesario)

[illegible]

7. EVALUACIÓN RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

Fase 1: Resultados esperados y Validación

Descripción	Resultados Esperados	Plazos	Indicador
	(Detalle los resultados)		
	(Detalle los resultados)		
	(Detalle los resultados)		

LISTA DE ANEXOS (opcional y orientativa)

1. Documentación de la ENTIDAD/ONG LOCAL
2. Mapas de localización
3. Documentación socioeconómica
4. Documentación complementaria para el desarrollo del proyecto (planos, material sobre las actividades, ect.)
5. Documentación sobre los recursos (presupuestos, facturas proforma, etc.)
6. Documentación sobre viabilidad (cartas de apoyo, compromisos, etc.)

Este formulario (formulario B), conjuntamente con el formulario A y el documento de autorización de imágenes, así como los documentos adicionales que quieran anexarse deben ser enviados a: info@fundacionquironsalud.es detallando en el asunto: Nombre del proyecto/ONG/nombre de persona que presenta el proyecto.

FORMULARIO de la Agrupación **(Obligatorio cumplimentar)**

En cumplimiento del artículo 11.3 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, las entidades beneficiarias de la subvención que concurran a la misma como Agrupación deben proporcionar los siguientes datos:

Entidad solicitante *(quien actuará como representante de la Agrupación)*

Nombre entidad solicitante:

Dirección completa:

Persona responsable del proyecto (nombre y apellidos, DNI o similar, tfno, e-mail...):

Persona responsable de la organización. (nombre y apellidos, DNI o similar, tfno, e-mail...):

Contraparte local

Nombre contraparte:

Dirección completa:

Persona responsable del proyecto (nombre y apellidos, DNI o similar, tfno, e-mail.):

Persona responsable de la organización (nombre y apellidos, DNI o similar, tfno, e-mail.):

Fecha/s y lugar/es de la firma:

Firmado:

Por la entidad solicitante, la persona responsable
de la organización descrita en el documento



fundación
quirónsalud

