**ANEXO 8**

**FICHA DETALLE DE ACTIVIDADES**

INICIATIVAS DEPORTIVAS / CULTURALES / SEGURIDAD CIUDADANA /MEDIO AMBIENTE/SOCIAL

SUBVENCIÓN F.N.D.R.

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA** |
| **Tipo de Iniciativa (marque una x):** | **DEPORTE\_\_\_\_ CULTURA\_\_\_\_ SEG. CIUDADANA\_\_\_\_MEDIO AMBIENTE\_\_\_\_ SOCIAL\_\_\_\_**  |
| **Nombre Iniciativa:** |  |
| **Nombre de Institución:** |  |
| **Rut Institución:** |  |
| **Fecha Inicio:** |  | **Fecha Término:** |  |

|  |
| --- |
| **DETALLE DE LA ACTIVIDAD** |
| **Nombre Actividad:** |  |
| **Área / Disciplina:** |  |
| **Fecha Inicio:** |  | **Fecha Término:** |  |
| **N° participantes** | **Hombres:** |  | **Mujeres:** |  |
| **Recinto de ejecución de actividad:** |  |
| **Dirección Recinto:** |  | **Comuna:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días / Horario** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** | **Domingo** |
| **Hora inicio:** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hora termino:** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **\*RECURSO HUMANO (completar solamente si el proyecto considera contratación de personas)** |
| **Rut** | **Nombre** | **Apellidos** | **Función a realizar** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fecha de elaboración de esta Ficha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que toda la información contenida en la presente ficha, es información fidedigna y corresponden fielmente a la ejecución de la iniciativa aprobada y financiada por el Gobierno Regional del Maule. Declaro además, tener conocimiento que el no cumplimiento de las actividades descritas puede implicar las sanciones descritas en el “INSTRUCTIVO FONDO ACTIVIDADES DE SEGURIDAD CIUDADANA AÑO 2019-GOBIERNO REGIONAL DEL MAULE”.

Firma y Timbre

Nombre Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTAS:**

1. Se deberá anexar esta Ficha de Detalle de Actividades por cada una de las actividades planificadas en la iniciativa postulada y aprobado por Consejo Regional.
2. Las Fichas de Detalle de Actividades deberán ser enviadas al Gobierno Regional del Maule antes del inicio de la ejecución de la iniciativa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |
|  | **ANEXO 9** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

Logo y/o nombre de la Institución

**C O M P R O B A N T E DE I N G R E S O N° \_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre o Razón Social |   |
| Rut: |   |   |
| Domicilio |   |
| Fecha de emisión  |   |   |
|   |   |  |
| Monto |  |  |
|   |  |  |
| Glosa: |   |  |
| Indicar nombre de Iniciativa y cuenta de ahorro de depósito. |
|   |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Firma y Timbre  |  |  | Firma y Timbre  |
| Representante Legal |  |  | Tesorero |
| Nombre de Institución |  |  | Nombre de Institución |

**ANEXO 10 Ejemplo de llenado de formulario de rendición**



**ANEXO 11**



**ANEXO 12**

**ANEXO 12**



**ANEXO 13**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |  | **COMPROBANTE DE EGRESO** |  |   |
| NOMBRE PROVEEDOR |
|
|   |  |  |  |  |  |   |
| NOMBRE PROYECTO: |
|
|   |  |  |  |  |  |   |
| CIUDAD: | FECHA: |
|   |  |  |  |  |  |   |
| RECIBÍ DE: (Nombre Institución)  |
|
|   |  |  |  |  |  |   |
| LA SUMA DE (en palabras): |
|
|   |  |  |  |  |  |   |
| FORMA DE PAGO |   |   |   |   |   |   |
| CONTADO |   | CHEQUE |   | TRANSFERENCIA |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
| CONCEPTO: |
|
|
|   |  |  |  |  |  |   |
| N° FACTURA O BOLETA HONORARIO | FIRMA PROVEEDOR |
|   |   |
|
|
|
|
|
|

**ANEXO 14**

**INFORME FINAL DE EJECUCION**

**INICIATIVAS CULTURALES/DEPORTIVAS/SEGURIDAD CIUDADANA/SOCIAL**

**SUBVENCIONADAS POR F.N.D.R.**

**Fecha de término real de la iniciativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1.- ANTECEDENTES**

**Nombre de la Iniciativa**:

|  |
| --- |
| **Monto del financiamiento FNDR aprobado para la iniciativa: $**  |

|  |
| --- |
| **Nombre de la Institución:** |
| RUT de la Institución:  | Provincia: | Comuna: |
| Domicilio Institucional: |

|  |
| --- |
| **Nombre Representante Legal:**  |
| RUT: | Domicilio: |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |

**2.- EJECUCION DE LA INICIATIVA**

|  |
| --- |
| **2.1.- Cumplimiento de Objetivos****En opinión de la institución:****¿Se logró el cumplimiento de los objetivos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_****Detalle el fundamenten la respuesta anterior:** |

**3.- OTROS ANTECEDENTES DE LA EJECUCÓN DE LA INICIATIVA**

|  |
| --- |
| **3.1.- Beneficiarios****Detalle el N° de Beneficiarios directos de la ejecución de la iniciativa (debe estar de acuerdo a los registros de asistencia y/o medios de verificación de ejecución de la iniciativa)**Mujeres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° Total de beneficiarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Si la cantidad de beneficiarios es diferente a la que aparece en el Formulario de postulación, detalle los motivos por los cuales se produjo esa variación.****3.2.- Ejecución de las Actividades****Describa las actividades que en definitiva fueron desarrolladas durante la ejecución de la iniciativa, así como las que no pudieron implementarse****Señale las razones que favorecieron o entorpecieron la ejecución de las actividades****3.3.- Cumplimiento del presupuesto****¿Se gastaron todos los recursos (dineros) transferidos por el Gobierno Regional del Maule?** **SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_****¿El gasto fue en la forma establecida en el Formulario de postulación?****SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_****Si hubo recursos no utilizados o cambios en su uso, señale los motivos:****3.4.- Custodia y Control de los bienes adquiridos (*sólo* si la iniciativa los consideró)****Detalle los bienes (materiales y/o tecnológicos no fungibles) que fueron adquiridos con recursos de la iniciativa, e indique el lugar y el nombre de la persona que los tendrá a cargo (adjunte fotocopia del inventario donde aparezca esa información)** |
| **Mencione algunas observaciones o sugerencias sobre la ejecución de la iniciativa:** |

**4.- MEDIOS DE VERIFICACION**

|  |
| --- |
| **Enumere y detalle los antecedentes que está adjuntando como medios de verificación, los cuales deben corroborar la correcta ejecución de las actividades de la iniciativa financiada (entregar los documentos ordenados, por ejemplo: en una carpeta sujetos con accoclips y/o en un sobre cerrado).** A manera de ejemplo, estos medios pueden ser: invitaciones, afiches, fotografías de los principales hitos del proyecto, fotografías de pendones y/o lienzos, folletos, dípticos, notas de diarios, CD con respaldo de documentos y fotografías, listados de asistencia, entre otros. Respecto a las fotografías y/o videos se debe cuidar que exista un fondo donde se identifique el lugar y las personas que están participando en las actividades, si eso no es posible, en hoja aparte describa lo que ahí se muestra. |
| **1.-**  |
| **2.-** |
| **3.-**  |
| **4.-** |
| **5.-** |

*Declaro que toda la información contenida en el presente informe y los antecedentes que se adjuntan, son fidedignos y corresponden fielmente a la ejecución de la iniciativa correspondiente, según lo realizado por la institución que represento legalmente. Asimismo, declaro estar en conocimiento que la falsedad de la presente declaración me haría incurrir en las penas establecidas en la ley.*

***Nombre, Firma y timbre Representante Legal de la Institución***

***Fecha elaboración del informe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ANEXO 15**

**FORMATO DE HOJA DE INVENTARIO**

(Para iniciativas que requieren la adquisición de bienes)

LOGO Y/O

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

**DEPENDENCIA DONDE SE GUARDARÁ:……………………………………………………………………**

**NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO:………………………………………………………………………**

**FECHA……………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° DEL ARTÍCULO** | **NOMBRE DEL ARTÍCULO** | **FECHA DE COMPRA** | **ESTADO DE FUNCIONAMIENTO** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PERSONA A CARGO FIRMA Y TIMBRE DEL PRESIDENTE(A)

**ANEXO 16**

**Fecha:**

  **N°**

**RECIBO SIMPLE DE CONFORMIDAD**

**(Prestaciones – Asesorías – Proveedores)**

Marque según corresponda

 Factura Boleta Honorarios Boleta de ventas

Nombre Proveedor/ Prestador :

RUT o N° Pasaporte :

Nombre Proyecto :

Código Interno :

N° documento :

(N° de factura o boleta)

Monto pagado :

Motivo del pago :

(detallar motivo de la prestación)

Destino de los Bienes

(Donde están Ubicados y a quien se Asigna):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable Proyecto

(Nombre, firma y timbre)

\*Si el servicio es traslado de personas, se debe detallar el nombre de las personas trasladadas.

\*Al firmar declaro haber recibido en conformidad la totalidad de los productos y/o prestaciones detallados en el presente documento.