



Servicio Nacional de la Discapacidad

**ANEXOS
GUIA DE
GESTIÓN 2014**

Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos

ÍNDICE

ANEXO 1: PLAN DE CUENTAS.....	3
ANEXO 2: COMPROBANTE DE INGRESO	5
ANEXO 3: INFORME DE INSTALACIÓN	7
ANEXO 4: ACTA DE SUPERVISIÓN	11
ANEXO 5: RENDICIÓN DE CUENTAS.....	12
ANEXO 6: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN PRESUPUESTARIA.....	14
ANEXO 7: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PLAZOS	15
ANEXO 8: INFORME TÉCNICO	16
ANEXO 9: INFORME FINANCIERO.....	19
ANEXO 10: SOLICITUD DE CIERRE TÉCNICO FINANCIERO	21
ANEXO 11: PLANILLA DE BENEFICIARIOS.....	23

ANEXO 1: Plan de Cuentas

I. Categoría Inversión:

- A. Ítem infraestructura
- B. Ítem equipos computacionales y software
- C. Ítem otros equipos
- D. Ítem herramientas
- E. Ítem muebles
- F. Ítem otros costos de inversión

II. Categoría Recurrentes:

A. Ítem Materiales para oficina:

Corresponde a aquellos indispensables para la gestión del proyecto: cuadernos, lápices, gomas, correctores, resmas de papel, reglas, pegamentos, clips, corchetes, carpetas, archivadores, tinta para impresora, fotocopias, en general artículos de librería.

B. Ítem Materiales para talleres:

Corresponde a aquellos indispensables para el desarrollo de éstos: material didáctico desechable, materias primas, rollos fotográficos, revelados, artículos de aseo, alimentación y fotocopias.

C. Ítem Seminarios y eventos:

Corresponde a los gastos por concepto de: movilización urbana e interurbana (peaje será gasto asociado, según corresponda), alojamientos, alimentación, artículos de aseo, material de difusión, fotocopias y honorarios.

D. Ítem Movilización urbana de beneficiarios/as:

Corresponde a la movilización local de transporte colectivo (microbús, metro, colectivo, taxi).

E. Ítem Salida a Terreno de beneficiarios/as:

Corresponde a los gastos por concepto de: movilización urbana e interurbana (peaje será gasto asociado, según corresponda), alojamientos y alimentación.

F. Ítem Otros Costos Recurrentes:

Corresponde sólo a los gastos especificados en el presupuesto del proyecto aprobado por SENADIS.

III. Categoría Personal:

Los ítems dependerán del equipo de trabajo que presente cada proyecto, a modo de ejemplo, se presenta el siguiente detalle:

- A. Ítem asistente social
- B. Ítem psicólogo
- C. Ítem contador

IV. Categoría Administración:

- A. **Ítem Consumos Básicos:**
Corresponde a los gastos por concepto de: agua, energía eléctrica, gas, teléfono, Internet e insumos para sistemas de calefacción.
- B. **Ítem Gastos Generales:**
Corresponde a los gastos por concepto de: útiles de aseo, fletes, servicios de correos, notaría y materiales y servicios para la mantención del establecimiento donde se ejecutará el proyecto.

ANEXO 2: Comprobante de Ingreso



COMPROBANTE DE INGRESO

CORRESPONDIENTE A CONVENIO DE TRANSFERENCIA Y EJECUCION DE FONDOS PUBLICOS POR PARTE DEL SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

1.1 Datos de la Institución:

Nombre :
Rut :
Representante Legal :

1.2 Comprobante de Ingreso

Nº Resolución Exenta :
Año :
Monto Transferencia :

La Institución _____ notifica el ingreso de \$_____, por concepto de Convenio de Transferencia y Ejecución Resolución Exenta Nº _____ año _____.

**Nombre, cargo
Rut y Firma**

Fecha de firma:

FONDO NACIONAL DE PROYECTOS INCLUS

Informe Técnico

Proyecto:

Folio:

Fecha (DD/MM/AAAA):

1. Datos generales de identificación:

- Ejecutor:
- Monto Aprobado: \$
- Fecha depósito:
- Dirección:
- Región:
- Teléfono:
- E-mail:
- Coordinador del Proyecto:
- Supervisor:

2. Chequeo de Instrumentos

Sí/No	Ámbito	Ob
	Proyecto postulado (revisión del proyecto y sus modificaciones)	
	Guía de Gestión (revisión de aspectos fundamentales)	
	Convenio de Transferencia (revisión de cláusulas)	
	Listado de Beneficiarios (cambios, causas, fecha de entrega, etc.)	
	Informes Técnicos (orientaciones de elaboración, fechas entrega, verificadores, etc.)	
	Informes Financieros (frecuencia y orientaciones de elaboración, respaldos, etc.)	

3. Equipo Ejecutor

Nombre	Cargo	Nº tele
--------	-------	---------

5. Análisis de Presupuesto

Observaciones:

6. Listado de Beneficiarios

Se debe entregar el Listado de Beneficiarios del Anexo 11

Observaciones:

7. Observaciones Generales

Observaciones:

8. Matriz Marco lógico

	INDICADORES	MEDIOS D Indican las fuer permitirán de co
Objetivo		
Resultados		
Actividades		

9. Matriz de programación

	Actividades	Responsable	1	2	3	4	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

1.1 Definición fecha de entrega de Informe de Instalación*: _____

2.1 Definición fecha de entrega de Planilla de Beneficiarios*: _____

**(20 días como plazo máximo una vez realizada la reunión de insta*

ANEXO 4: Acta de Supervisión

FECHA: _____

- _____ Nombre
- Folio:
- Ejecutor:
- Región:
- Coordinador (a) Proyecto:
- _____ Supervis

Objetivo de la visita:

Participantes:

Nombre	Función en

Temas Tratados

ANEXO 5: Rendición de Cuentas

RENDICIÓN DE CUENTAS POR CATEGORÍA							
Folio							
Fecha							
Razón Social							
Nombre proyecto							
Categoría	Ítem	Detalle	Tipo de Documento	N°	Fecha	Proveedor o Razón Social	Monto Gastado
INVERSION	Infraestructura						
	Equipos computacionales y Software						
	Otros Equipos						
	Herramientas						
	Muebles						
	Otros costos de inversión						
Sub total Inversión (A)							
RECURRENTES	Materiales para Oficina						
	Materiales para Talleres						
	Seminario y Eventos						
	Movilización Urbana de Beneficiarios						
	Salidas a Terreno de Beneficiarios						
	Otros Costos Recurrentes						
Sub total Recurrentes (B)							
PERSONAL	PERSONAL						
Sub total Personal (C)							
ADMINISTRACION	Consumos Básicos						
	Gastos Generales						
Sub total Administración (D)							
TOTAL (A+B+C+D)							

SALDO POR CATEGORÍA							
Folio						Fecha	
Razón Social							
Categoría	Ítem	Monto Aprobado (a)	Monto Gastado en esta rendición (b)	Gasto acumulado anterior (c)	Total rendido (b+c)	Monto pendiente por rendir	
INVERSION	Infraestructura						
	Equipos computacionales y Software						
	Otros Equipos						
	Herramientas						
	Muebles						
	Otros costos de inversión						
Total Inversión (A)							
RECURRENTES	Materiales para Oficina						
	Materiales para Talleres						
	Seminario y Eventos						
	Movilización Urbana de Beneficiarios						
	Salidas a Terreno de Beneficiarios						
	Otros Costos Recurrentes						
Total Recurrentes (B)							
PERSONAL	Personal 1						
	Personal 2						
Total Personal (C)							
ADMINISTRACION	Consumos Básicos						
	Gastos Generales						
Total Administración (D)							
TOTAL CATEGORÍAS (A+B+C+D)							

Representante Legal

ANEXO 6: Solicitud de Modificación Presupuestaria

MODIFICACIÓN PRESUPUESTARIA							
Folio						Fecha	
Ejecutor							
Nombre proyecto							
Categoría	Presupuesto Aceptado			Presupuesto Modificado			Justificación
Inversión	Cantidad	Valor	Total	Cantidad	Valor	Total	
Recurrentes	Cantidad	Valor	Total	Cantidad	Valor	Total	
Personal	Cantidad	Valor	Total	Cantidad	Valor	Total	
Administración	Cantidad	Valor	Total	Cantidad	Valor	Total	
Totales							
Justificación General							

Representante Legal

ANEXO 7: Solicitud de Modificación de Plazos

MODIFICACIÓN PRESUPUESTARIA			
Folio		Fecha	
Ejecutor			
Nombre proyecto			
Hito	Fecha inicial	Fecha modificada	Justificación
Término de ejecución			
Justificación General			

Representante Legal

FONDO NACIONAL DE PROYECTOS INCLUSIVOS 2014

Informe Técnico

Proyecto:

Folio:

Razón Social:

Nombre y cargo de quien emite el informe:

Fecha (DD/MM/AAAA):

Seleccionar el tipo de informe:

Informe de Avance

1. Beneficiarios

Observaciones

2. Matriz de Marco Lógico

2.1. Objetivo.

Se solicitan observaciones y estado actual, y NO la transcripción literal del objetivo, en especial respecto de los indicadores y verificadores comprometidos.

Objetivo	Indicadores	Verificadores
Estado de avance del objetivo.	Estado de avance del o los indicadores del objetivo.	Tipo de verificadores adjuntos a la fecha.

2.2. Resultados.

Se solicitan observaciones y estado actual, y NO la transcripción literal de los resultados, en especial respecto de los indicadores y verificadores comprometidos.

Componente o resultados	Indicadores	Verificadores
(Estado de avance del resultado, cual es el servicio o producto a logrado a la fecha)	(Estado de avance del o los indicadores de cada uno resultado)	(Tipo de verificadores adjuntos)

3. Actividades.

Describa las actividades en cuanto a su desarrollo y calidad lograda, incluya actividades extraordinarias, considerando acciones de índole técnica, administrativa y académica.

Actividades	Observaciones
1 (Trascribir la actividad planificada en la matriz de programación según el resultado)	(Descripción del desarrollo y calidad de la actividad)
2	
3	

4. Presupuesto

Indique observaciones

Categoría	Observaciones
Inversiones	
Recurrentes	
Personal	
Administración	
Modificaciones de presupuesto o Convenio, Si o No . De ser si, indique su justificación .	

5. Análisis de la Gestión

Observaciones

6. Respaldos

Con motivo del presente informe, se solicita adjunte los **verificadores de respaldo** respectivos. Considere todos los medios de verificación de las actividades y anexos correspondientes.

FONDO NACIONAL DE PROYECTOS INCLUSIVOS 2014

Informe Financiero

Proyecto:

Folio:

Fecha (DD/MM/AAAA):

* Este informe debe ir acompañado de sus respectivas rendiciones de cuentas.

CUADRO RESUMEN DE RENDICIÓN DE CUENTAS			
ANTECEDENTES DEL PROYECTO			
Razón Social			
Nombre proyecto			
Folio		Mes de rendición	
DATOS DE RENDICION			
Monto Total Aprobado por SENADIS	(=)		
Monto a Rendir en éste período por el Ejecutor	(-)		
Monto Total rendido (acumulado) anterior a éste período por el Ejecutor	(-)		
Saldo por rendir y/o reintegrar	(=)		

OBSERVACIONES

--

Nombre y firma Coordinador

Nombre y firma Rep. Legal

ANEXO 10: Solicitud de Cierre Técnico Financiero

CIERRE TÉCNICO FINANCIERO

Fecha:

DATOS DEL PROYECTO	
Folio N°	
Razón Social	
RUT	
Proyecto	

DATOS FINANCIEROS	
Estado	Aceptado/Rechazado
Monto Total Rendido	
Monto Reintegrado (si corresponde)	
% Ejecución Financiera	
Devolución de Garantía	

DATOS TÉCNICOS			
Estado	Aceptado/Rechazado		
Objetivos	N° Objetivos en postulación:	N° Objetivos cumplidos:	% cumplimiento objetivos:
Actividades	N° Actividades en postulación:	N° Actividades cumplidas:	% cumplimiento actividades:
Observaciones Cierre Técnico			

Director Regional / Jefe Departamento Técnico
Firma y Timbre

ANEXO 11: Planilla de Beneficiarios

FOLIO N°: _____ **FECHA:** _____

	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	RUT	Edad (años)	Diagnóstico Base (Principal)	Tipo Discapacidad	Grado (%) Discapacidad	Región	Comuna de origen
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
n										