**SOLICITUD DE FONDO SALUD 2022**

***Datos de la institución***

Nombre de la institución:

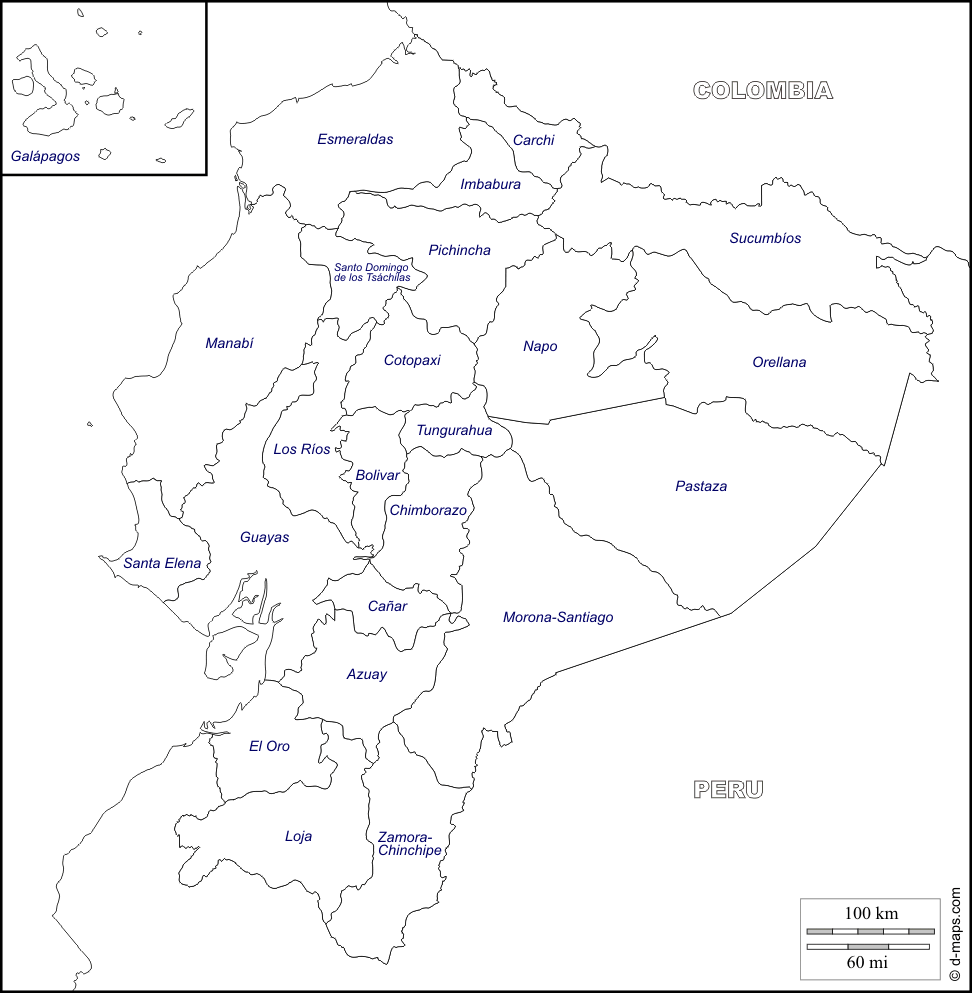
RUC:

Nombre del representante legal de la institución registrado ante el SRI:

*(en caso de transición, fallecimiento u otros durante el proceso de su solicitud favor informar inmediantamente al correo)*

N° de cédula del representante legal:

Página web y/o Facebook del lugar beneficiado final (*no de la curia*):

En el mapa señale la ubicación exacta del lugar beneficario *(no de la curia)*:

provincia:

cantón:

parroquia:

calles:

***Datos de la persona encargada directa del lugar***

Nombre:

Cargo dentro de la institución:

Correo electrónico:

Móvil y/o convencional:

***Marque con una x la modalidad de uso del dinero***

compra de medicinas o materiales médicos  brigadas médicas

compra de equipos médicos  remodelaciones de dispensario, hospital  otra modalidad

De la opción elegida describa en breves líneas:

*En qué consiste esta ayuda, cómo y quiénes realizan la distribución, en qué zonas, quiénes la reciben y a cuántos llega.*

Especifique el monto recibido en el año anterior: $

¿Actualmente cuánto solicita?: $

¿Quiénes y cuántos serán los beneficiados?

Si **no** ven la necesidad del fondo de salud en su jurisdicción se puede declarar esto a la Cooperación Fraterna, y al mismo momento solicitar que el destino del fondo de salud sea considerado para ser usado en un proyecto.

Datos bancarios directos de la entidad que se beneficiará. **¡No hacemos transferencias a cuentas personales!**

Titular de la cuenta: RUC:

Banco:

Número:  ahorro  corriente

**Documentos que debe anexar junto con este formulario:**

Justificación de este fondo del año anterior a la Cooperación Fraterna.

Carta de recomendación del Obispo del lugar, en caso de no firma este documento.

Anexar 2 opciones de proformas donde se pretenda adquirir los equipos o medicinas con valores unitarios y totales, caso de remodelación o construcción proforma del arquitecto con detalles a realizar.

**Para la justificación:**

Después de entregado el monto de este fondo, tiene que cumplir con la justificación antes de terminar el año en curso:

* Escan de facturas de los equipos, productos o medicinas adquiridas para esta ayuda, mismas que deben estar a nombre de la entidad solicitante.
* No aceptamos facturas anticipadas a la fecha de la aprobación de la solicitud.
* De ser posible una fotografía de los equipos, productos o medicinas adquiridas.
* En caso de ayudas a personas privadas o casos especiales necesitamos la lista de estos beneficiados, o si la hace mediante brigadas médicas especificarlo.
* ***La justificación debe llegar en un solo anexo en formato PDF al correo que envia su solicitud, no es necesario en físico.***
* Si necesita más tiempo para justificar debe contactarse con los miembros de la Cooperación Fraterna a: [proyectos@cofra.info.ec](mailto:proyectos@cofra.info.ec) explicando el porqué del atraso.

***Su obligación es enviarnos la documentación completa no por partes, además con el favor de no modificar nuestros formularios; en el caso de faltar algo no nos hacemos responsables de que su solicitud alargue el proceso de la ayuda.***

***Recomendaciones que debe tomar en cuenta:***

* ***¡No deberían estar modificados niguna parte de este documento ni borradas!***
* Enviar la solicitud sólo por medio digital a: [proyectos@cofra.info.ec](mailto:proyectos@cofra.info.ec), **en formato PDF y en un solo anexo todo lo solicitado**.
* En caso de tener preguntas o dudas nos comunicaremos para poder resolverlas.
* Tomar en cuenta que su solicitud entra a un proceso, favor no llamarnos, ni enviarnos correos muy seguidos preguntando por ello.
* **Este fondo no debe ser usado para pago de sueldos de doctores u otros, en caso de querer cambiar el fin debe consultar primero con los miembros de la Cooperación Fraterna y solicitar la autorización.**

Lugar, fecha

Nombre:

firma del representante legal y sello