**FORMULARIO A1**

**ALTA DEL BENEFICIARIO**

**PERSONAS HUMANAS**

* 1. NOMBRE Y APELLIDO:
	2. D.N.I Nº:
	3. CUIT :
	4. RENSPA:
	5. DOMICILIO:
	6. LOCALIDAD:
	7. CP:
	8. PROVINCIA:
	9. TELÉFONOS DE CONTACTO:
	10. CORREO ELECTRÓNICO:
	11. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:
	12. UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:
	13. LOCALIDAD:
	14. DEPARTAMENTO:
	15. SUPERFICIE TOTAL:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Adjuntó copia fiel del D.N.I. del beneficiario. Adjuntó constancia de CUIT del beneficiario. Adjuntó copia fiel del RENSPA del beneficiario.

(Marcar con una x lo que se adjunta)

Observaciones:

La información contenida en esta solicitud reviste el carácter de Declaración Jurada, y su falsedad y/o adulteración total o parcial configura delito, de acuerdo con el Artículo 292 del Código Penal de Nación.

 Lugar: ………………………………………………………………………………………….. Fecha: ………/…….../…………….

 Firma del Beneficiario o Apoderado: …………………………………

Aclaración: .. : …………………………………

CERTIFICACION:

Certifico que la firma que antecede fuer puesta en mi presencia

Lugar y fecha: Firma

##  FORMULARIO A2

**ALTA DEL BENEFICIARIO**

**PERSONAS JURÍDICAS, SOCIEDADES NO CONSTITUIDAS REGULARMENTE, SOCIEDADES DE HECHO Y SUCESIONES INDIVISAS**

1. DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:
2. CUIT N°:
3. RENSPA Nº:
4. DOMICILIO:
5. LOCALIDAD:
6. CP:
7. PROVINCIA:
8. TELÉFONOS DE CONTACTO:
9. NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL:
10. CORREO ELECTRÓNICO:
11. ESTABLECIMIENTO:
12. UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:
13. LOCALIDAD:
14. DEPARTAMENTO:
15. SUPERFICIE TOTAL:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Adjuntó copia fiel de la Resolución o el Decreto que otorga personería jurídica al beneficiario. Adjuntó constancia de CUIT del beneficiario.

Adjuntó copia fiel de D.N.I. del representante legal del beneficiario.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Adjuntó copia fiel del Estatuto del beneficiario.

 Adjuntó copia fiel del Acta de designación de autoridades del beneficiario con mandato

 vigente o resolución judicial que designe Administrador Sucesorio.

 Adjuntó copia fiel del órgano directivo del beneficiario que aprueba la solicitud del beneficio y designa representante.

(Marcar con una x lo que se adjunta y corresponde) Observaciones:

La información contenida en esta solicitud reviste el carácter de Declaración Jurada, y su falsedad y/o adulteración total o parcial configura delito, de acuerdo con el Artículo 292 del Código Penal de la Nación.

Lugar y Fecha: Firma y Aclaración del Representante Legal:

CERTIFICACION:

Certifico que la firma que antecede fuer puesta en mi presencia

Lugar y fecha: Firma

  **Formulario B**

Descripción de la Situación Inicial (registrada al servicio). Ejercicio:……………………….

|  |
| --- |
| **Composición de la majada** |
| **Categoría** | **Corderos**  | **Capones** | **Carneros**  | **Borregas**  | **Ovejas**  | **TOTAL** |
| Cabezas |  |  |  |  |  |  |
| % |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Índices Reproductivos** |
| % de Reposición |  |
| % de Señalada |  |
| Edad al primer servicio |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categorías** | **Ventas** |
| **Cabezas**  | **Peso Vivo Promedio ( kg)** | **Precio unitario** **($)** |
| **Corderos**  |  |  |  |
| **Capones** |  |  |  |
| **Carneros**  |  |  |  |
| **Borregas**  |  |  |  |
| **Ovejas**  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Producto** | **Unidad** | **Ventas** |
| **Cantidad** | **Precio unitario ($)** |
| **Lana** | Kg |  |  |
| **Leche** | Lt |  |  |
| **Cuero** | Pieza |  |  |
| **Guano** | ton |  |  |

SUP. OVINA:……………………..ha

RECEPTIVIDAD GLOBAL: ……………… UGO/ha

Otras especies:

Bovinos………………cabezas, Equinos…………cabezas, Caprinos……….. .. cabezas, Guanacos………………cabezas.

Otros……..………………

PROLANA: SI / NO

 **MINUTA DESCRIPTIVA – Planilla de Evaluación y Seguimiento**

RENSPA/REN**AF N°**

**Beneficiario:**

**Formulador:** ***Fecha:***

***Manejo Nutricional***

***NUTRICIÓN*** Pastoreo continuo Pastoreo rotativo

***SUPLEMENTACIÓN*** Sin/Esporádica Planificada

***PLANIFICACIÓN*** No hay Planificación Planificada

***FORRAJERA***

***EVALUACIÓN*** NO posee SI posee

***PASTIZALES***

***RESERVAS*** NO posee SI posee

***Manejo Reproductivo/Mejoramiento Genético***

***REPRODUCTORES*** Carneros Propios Reposición externa

***SERVICIO*** Continuo Estacionado

***VINCULACIÓN CON*** No Posee Posee

***PROGRAMAS DE MEJORA***

***INSEMINACIÓN*** No Realiza Realiza

***ARTIFICIAL***

***DIAGNÓSTICO*** NO realiza Realiza

***DE PREÑEZ***

***Manejo Sanitario***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***PLAN SANITARIO*** | Esporádico/Estratégico |  | Planificado/Sistémico |
|  |  |  |  |
| ***Endoparasitosis*** | No |  | SI |
|  |  |  |  |
| ***Ectoparasitosis*** | No |  | SI |
|  |  |  |  |
| ***APLICA VACUNAS*** | No aplica |  | SI aplica |
|  |  |  |  |
| ***ANÁLISIS SEROLOGICO*** | No realiza |  | SI realiza |
|  |  |  |  |
| ***ANÁLISIS MATERIA FECAL*** | No realiza |  | SI realiza |

***Esquila*** Sin PROLANA PROLANA

Post Parto PreParto

***Predadores/Abigeato*** Sin Control Con Control

***Asesoramiento Técnico*** Nulo/Esporádico Permanente

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Transformación*** Matadero

***Comercialización***

Frigoífico

 Municipal

 Provincial

 Federal

Informal Formal

Intermediarios Directa

***INTEGRACIÓN*** Horizontal Vertical

***DESTINO DE LA PRODUCCIÓN***

***Aspectos Sociales***

Autoconsumo

Mercado Local

Regional Nacional Externo

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

***MANO DE OBRA*** Familiar

 Contrato Temporal

Contrato

***NIVEL DE INSTRUCCIÓN*** Primario

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Secundario Terciario

***CAPACITACIONES AFINES*** No Si

***AL PROYECTO***

***Instalaciones*** Malo Regular Bueno Muy bueno

***ALAMBRADOS PERIMETRALES***

***POTREROS***

***GALPÓN***

***CORRALES***

***COBERTIZOS***

***DISPONIBILIDAD DE AGUA***

**SOLICITUD DE APORTE REINTEGRABLE**

1. **Nombre y apellido del solicitante (persona humana):**

DNI N°:

1. **Denominación o Razón Social (personas jurídicas, sociedades de hecho y sucesiones indivisas):**

CUIT N°:

Nombre y apellido del representante legal o apoderado:

 (Completar según corresponda)

**PRESUPUESTO ESTIMADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE FINANCIABLE** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IMPORTE TOTAL SOLICITADO:**

**Plan de devolución, según corresponda al tipo de AR:**

…….(…) años de gracia a contar a partir de la fecha del Acta que aprueba la solicitud del beneficio y …….cuota/s anual/es con más el interés financiero previsto en la normativa vigente.

Prefinanciación comercial: UNA (1) cuota cancelable a los DOCE (12) meses de la fecha del Acta que aprueba la solicitud del beneficio, con más el interés financiero previsto en la normativa vigente.

Firma y aclaración del solicitante, del representante legal o apoderado, según corresponda

CERTIFICACIÓN. Certifico que la firma que antecede fue efectuada en mi presencia.

 **SOLICITUD DE APORTE NO REINTEGRABLE**

1. **Nombre y apellido del solicitante (persona humana):**

DNI N°:

1. **Denominación o Razón Social (personas jurídicas, sociedades de hecho y sucesiones indivisas):**

 CUIT N°:

Nombre y apellido del representante legal o apoderado:

1. **Denominación del Grupo y dependencia u organismo que lo avala:**

 Nombre y apellido del representante del Grupo:

(Completar según corresponda)

**PRESUPUESTO ESTIMADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **COMPONENTE FINANCIABLE** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IMPORTE TOTAL SOLICITADO:**

Firma y aclaración del solicitante, del representante legal o apoderado o del representante del Grupo, según corresponda

CERTIFICACIÓN. Certifico que la firma que antecede fue efectuada en mi presencia.

 **PERFIL DEL PROYECTO N°**

**SOLICITANTE:**

**LOCALIDAD DE:**

**1.- DATOS BÁSICOS**

**TITULO DEL PROYECTO**

**ACTIVIDAD INVOLUCRADA**

**RESPONSABLE DEL PROYECTO**

INSTITUCIONAL:

TÉCNICO:

**FECHA DE INICIO PREVISTA**

**DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO**

**UBICACIÓN Y/O ALCANCE TERRITORIAL**

**CANTIDAD ESTIMADA DE BENEFICIARIOS Y PERFIL**

**MONTO TOTAL DEL PROYECTO**

**APORTE SOLICITADO AL MINISTERIO:**

 **2.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

**OBJETIVO DEL PROYECTO**

**SITUACION INICIAL**

**SITUACION ESPERADA**

**METAS PARCIALES**

**ACCIO0NES A DESARROLLAR**

**SUSTENTABILIDAD PRODUCTIVA DEL PROYECTO**

**SUSTENTABILIDAD ECONÓMICA DEL PROYECTO**

**SUSTENTABILIDAD SOCIAL DEL PROYECTO**

**SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL DEL PROYECTO**

**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO E IMPACTO DE LA PROPUESTA**

**FECHA ESTIMADA DE INFORMES PARCIALES Y FINAL**

**-Informes parciales**

**-Informe final**

**-Informe de cierre**

|  |
| --- |
| **Presupuesto Estimado** |
| **Título del Proyecto:** |  |
|  |
| **CONCEPTO** | **CANTIDAD** | **TOTAL ($)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL ($)** |  |  |

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**MESES DEL PROYECTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCIÓN** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORME PARCIAL** |  |  |  |  |  |  |
| **INFORME FINAL** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RENDICIÓN** |  |  |  |  |  |  |

**FIRMA:**

**ACLARACIÓN:**

 **CARGO:**