**VI. ANEXOS FORMULARIO A1**

**ALTA DEL BENEFICIARIO**

 **PERSONA HUMANA**

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 la Nación.

Lugar y Fecha: Firma y Aclaración del Beneficiario o Apoderado:

CERTIFICACIÓN:

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

Lugar y Fecha: Firma y sello

 **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:

CERTIFICACIÓN:

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

Lugar y Fecha: Firma y sello

**FORMULARIO A3**

**FORMULARIO B**

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

|  |
| --- |
| **Composición de la majada** |
| **Categoría** | **Chivitos/ Cabritos** | **Capones** | **Chivo/ Castrón** | **Cabrillas** | **Cabras** | **TOTAL** |
| Cabezas |  |  |  |  |  |  |
| % |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Categorías** | **Ventas** |
| **Cabezas** | **Peso Vivo Promedio (kg)** | **Precio unitario****($)** |
| **Chivitos/ Cabritos** |  |  |  |
| **Capones** |  |  |  |
| **Chivo/ Castrón** |  |  |  |
| **Cabrillas** |  |  |  |
| **Cabras** |  |  |  |

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

SUP. CAPRINA:……………………..ha

RECEPTIVIDAD GLOBAL: ……………… EV/ha

Otras especies:

Bovinos………………cabezas, Equinos…………cabezas, Ovinos……….. .. .cabezas, Guanacos………………cabezas.

Otros……..………………

MOHAIR: SI / NO

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beneficiario:** |  |  | **RENSPA/RENAF N°**  |  |
| **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*** | Castrones 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 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***ANALISIS SEROLOGICO*** | No realiza |   |  | Si realiza |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***ANALISIS MATERIA FECAL*** | No realiza |   |  | Si realiza |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Esquila: Programa Mohair*** | Si  |   |  | No  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Predadores/Abigeato*** | Sin control |   |  | Con control |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Asesoramiento Técnico*** | Nulo/Esporádico |   |  | Permanente |   |
|  |  |  |  |  |  |
| ***Transformación***  | Matadero |   |  | Frigorífico |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Industrial |  |  | Municipal |   |
|  | **Elaboración: productos lácteos**  | Autoconsumo |  |  | Provincial |   |
|  |  |  |  |  | Federal |   |
| ***Comercialización*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Informal |   |  | Formal |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Intermediarios |   |  | Directa |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***INTEGRACIÓN*** | Horizontal |   |  | Vertical |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***DESTINO DE LA PRODUCCIÓN*** |  |  |  |  |  |
|  |  | Autoconsumo |   |  | Mercado Local |   |
|  |  |  |  |  | Regional |   |
|  |  |  |  |  | Nacional |   |
|  |  |  |  |  | Externo |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Aspectos Sociales*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***MANO DE OBRA*** | Familiar |   |  | Contrato Temporal |   |
|  |  |  |  |  | Contrato Permanente |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***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*** |   |  |   |  |   |  |   |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 ***SALA DE ORDEÑE MECANICA***

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 ***SALA DE ORDEÑE MANUAL***

**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:**

…….. cuota/s anual/es de $.................. con DOS (2) años de gracia a contar a partir de la fecha de la Disposición que aprueba la solicitud del beneficio.

Prefinanciación comercial: UNA (1) cuota de $....... cancelable a los DOCE (12) meses de la fecha de la Disposición que aprueba la solicitud del beneficio.

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 BASICOS**

**Actividad involucrada**

**Responsable del Proyecto**

Institucional:

tecnico:

**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.- DESCRIPCION DEL PROYECTO**

**Objetivo/s del Proyecto**

**SITUACION INICIAL**

**Situación esperada**

**Metas PARCIALES**

**ACCIONES A DESARROLLAR**

|  |
| --- |
| **SUSTENTABILIDAD PRODUCTIVA DEL PROYECTO** |

|  |
| --- |
| **sUSTENTABILIDAD ECONOMICA 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:**

 **Aclaracion:**

 **Cargo:**