



Farmacéuticos comprometidos

FORMULARIO PARA LA CONCESIÓN DE AYUDAS A PROYECTOS SOCIALES DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO

DEL COLEGIO OFICIAL DE
FARMACÉUTICOS DE MADRID

ANEXO I

1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

1.1 Datos identificativos

Nombre de la entidad: _____

CIF: _____

Fecha de constitución de la entidad: _____

Página web: _____

1.2 Responsable del proyecto y persona de contacto para la convocatoria

Nombre y apellidos: _____

Teléfono de contacto (móvil): _____

E-mail: _____

1.3 Representante de la entidad para la firma del convenio

Nombre y apellidos: _____

Cargo: _____

NIF: _____

1.4 Estructura de la entidad

1.4.1 Número de trabajadores asalariados: _____

1.4.2 Número de personas voluntarias: _____

1.4.3 Número de socios o asociados: _____

1.5 Acreditaciones y certificados

1.5.1 ¿Cuenta con algún control de calidad, transparencia o auditoría externa?

NO

SÍ

En caso afirmativo, indicar de qué acreditaciones dispone:



1.5.2 ¿Está declarada de utilidad pública?

NO

SÍ

Organismo declarante: _____

Fecha: _____

1.5.3 ¿Pertenece la entidad a asociaciones, federaciones y/o confederaciones de ámbito internacional, nacional, regional o local?

NO

SÍ

En caso afirmativo, indicar cuáles:

1.6 Premios y/o reconocimientos

Mencionar los premios concedidos recientemente a la entidad:



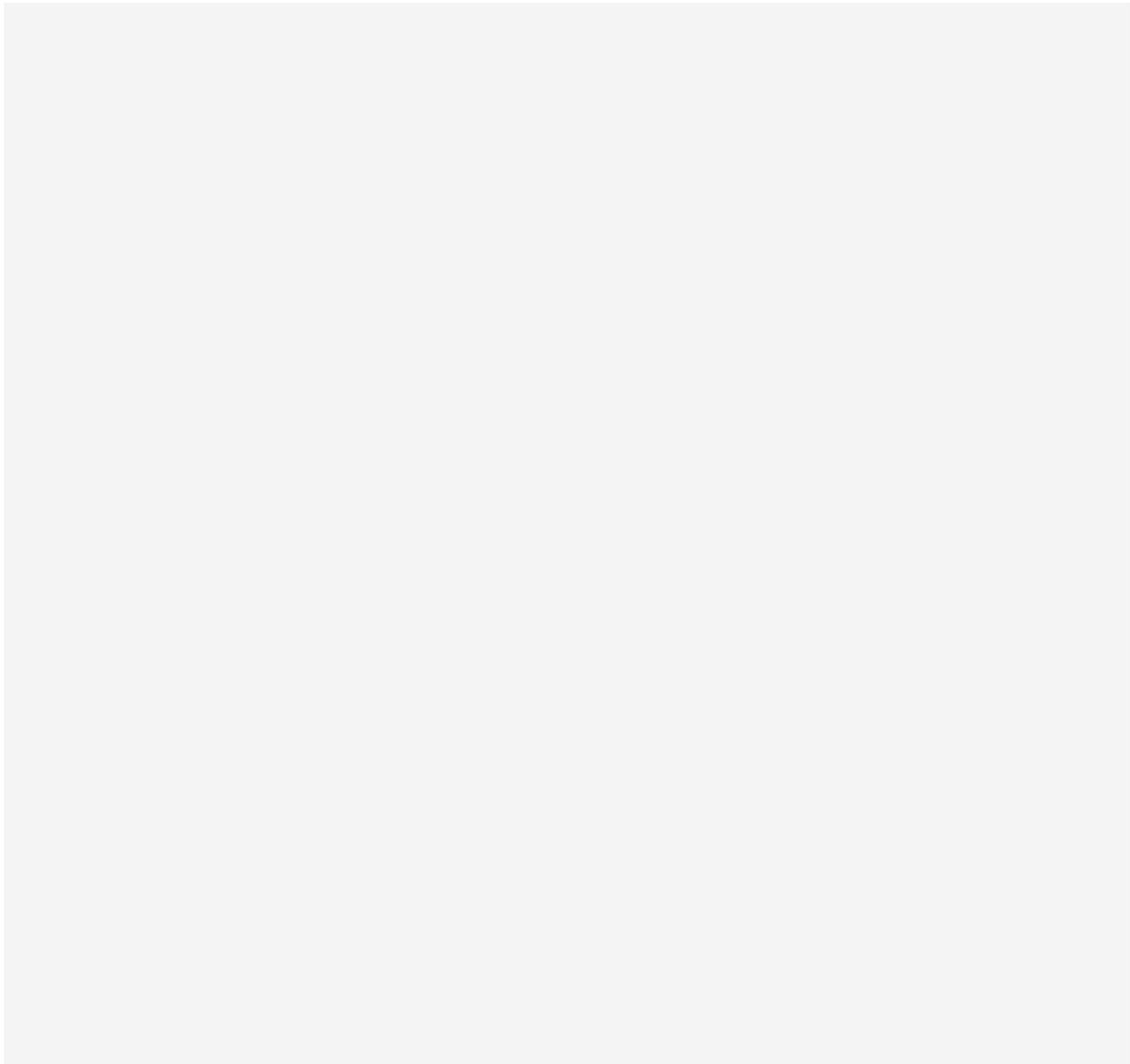
2. DATOS DEL PROYECTO

2.1 Título del proyecto:

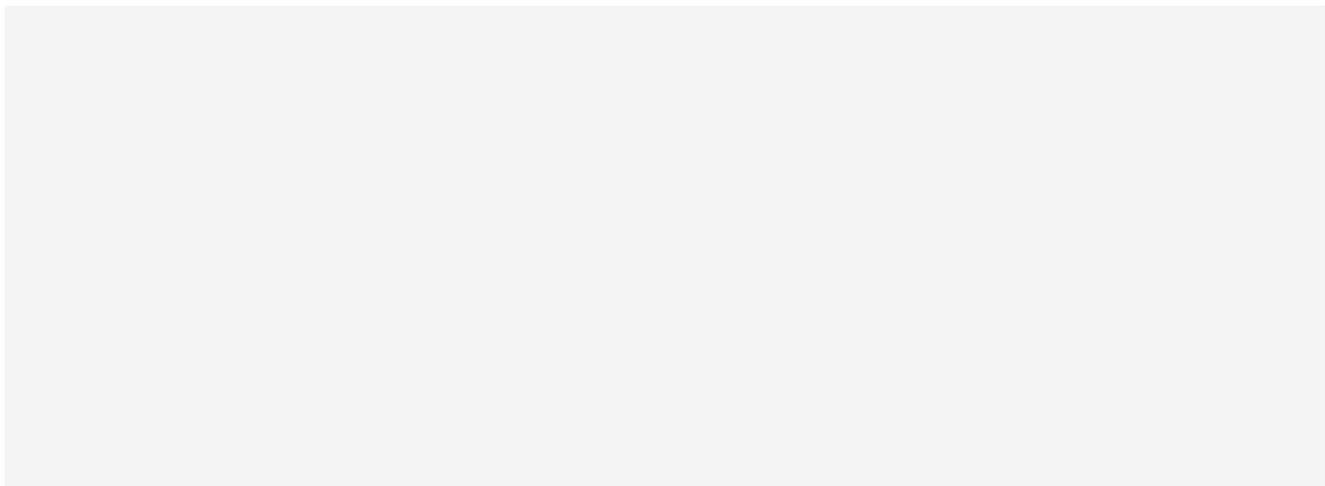
2.2 Breve resumen del proyecto (máximo un párrafo)

2.3 Necesidad del proyecto y antecedentes (máximo una página)





2.4 Objetivo general del proyecto (máximo un párrafo)



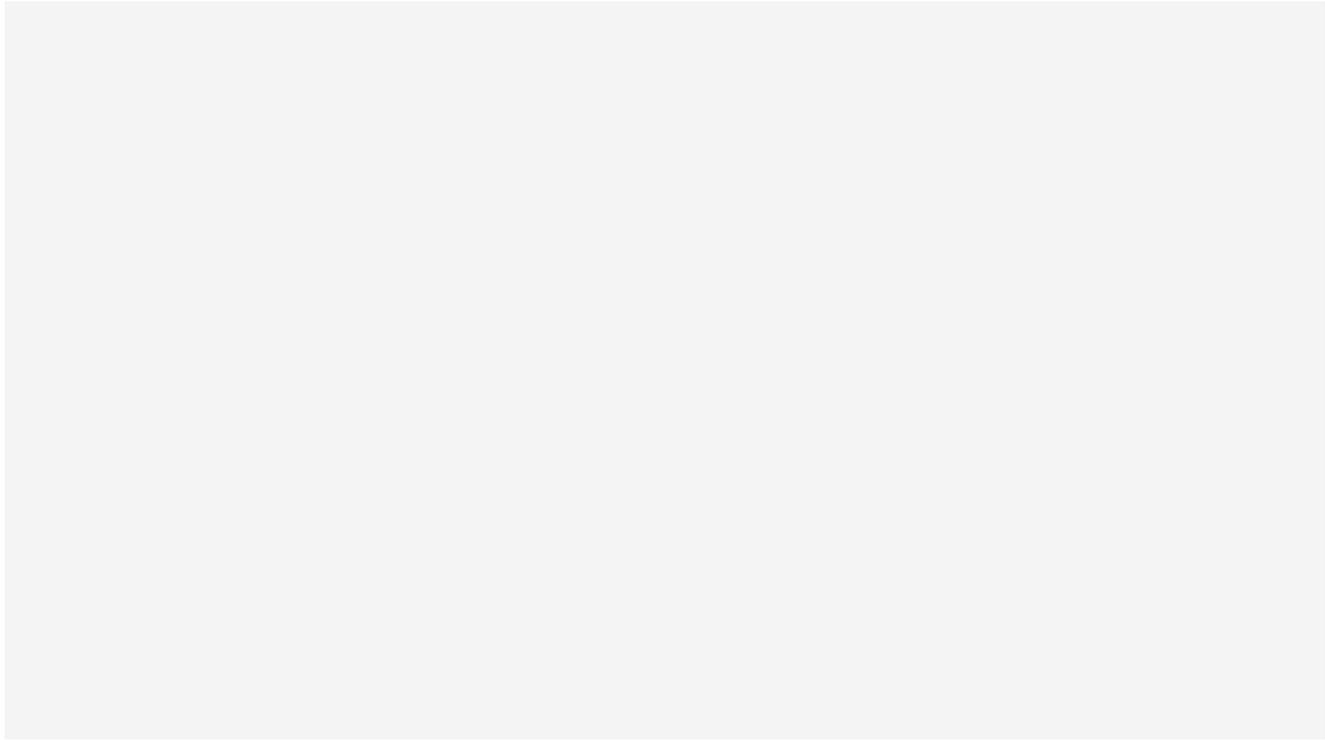
2.5 Objetivos específicos

Las metas esperadas deben ser concretas y estar cuantificadas.

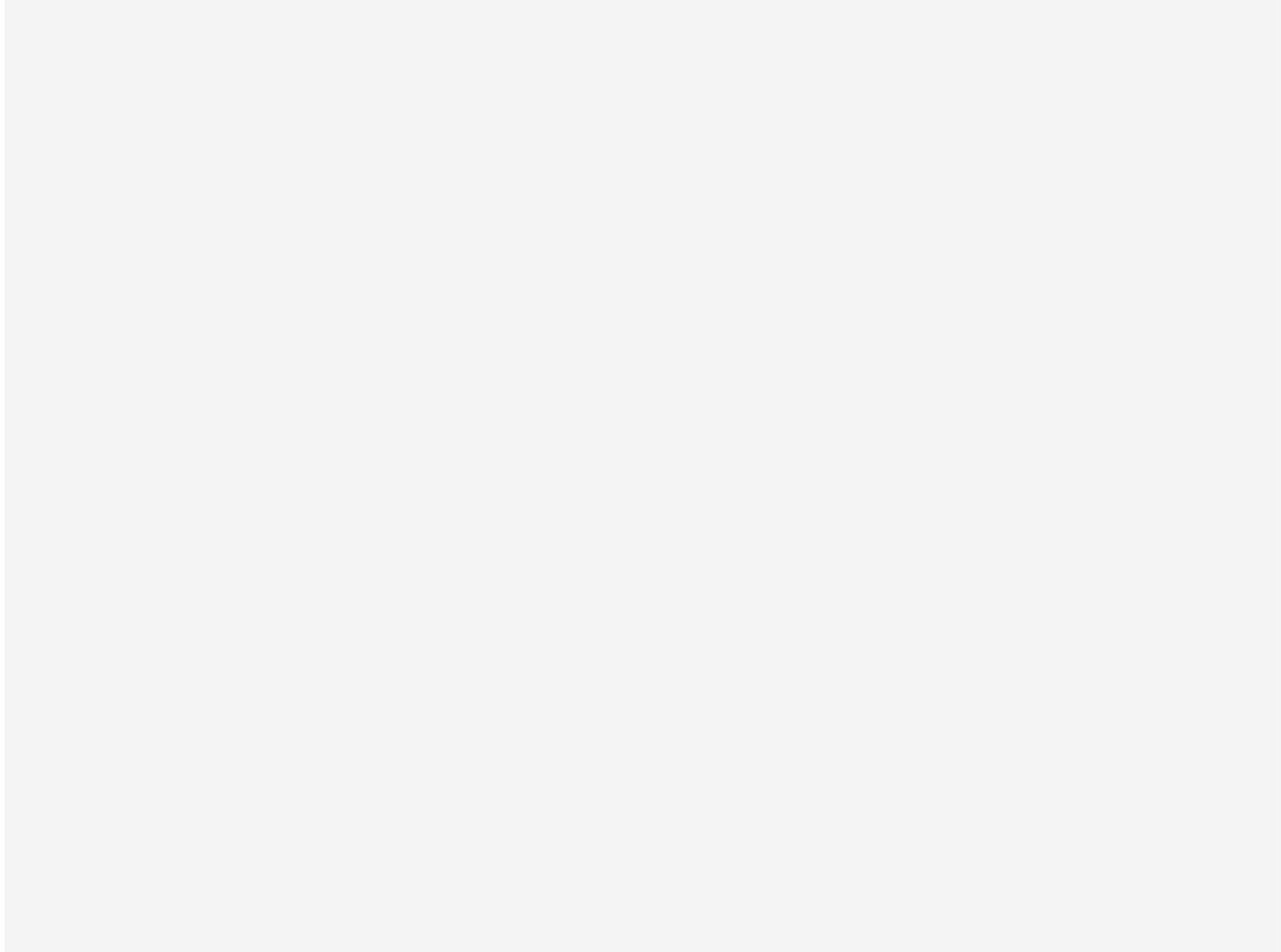
Objetivo específico	Indicador asociado al objetivo específico	Meta esperada

2.6 Contribución del proyecto a los ODS (máximo una página)





2.7 Descripción del proyecto (máximo una página)



2.8 Colectivo beneficiario

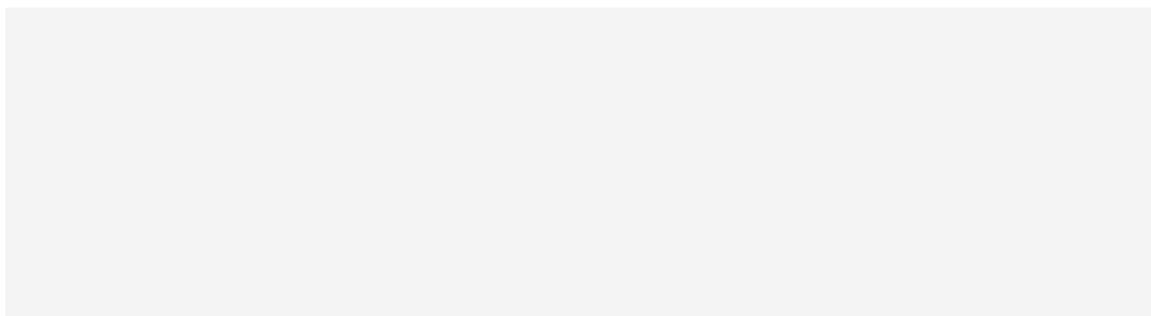
2.8.1 Indicar el colectivo beneficiario

- Personas con discapacidad
- Infancia desfavorecida
- Jóvenes con dificultades
- Mujeres víctimas de violencia de género
- Personas mayores
- Personas inmigrantes
- Personas enfermas
- Personas con escasos recursos económicos
- Otro (indicar cuál):

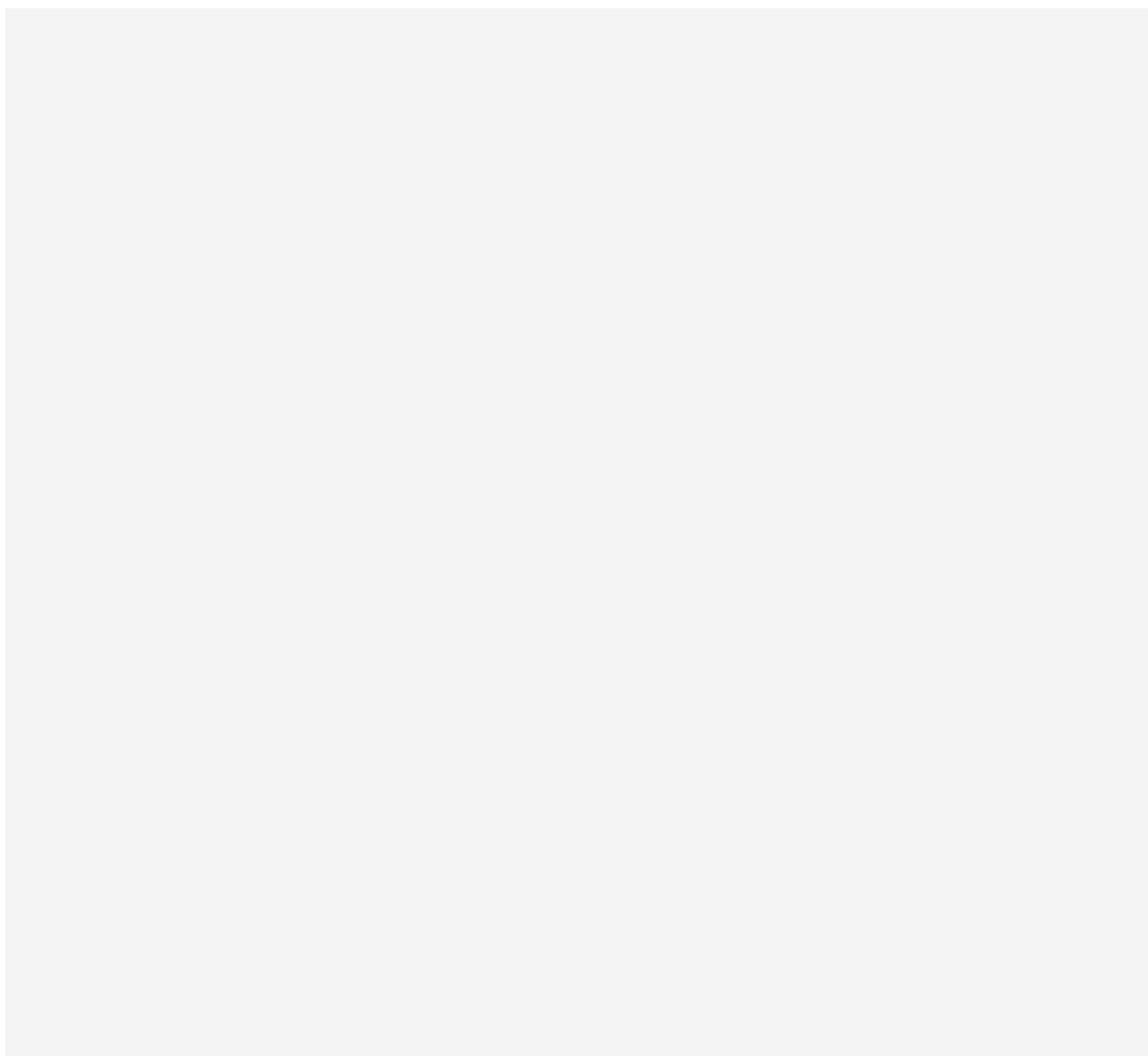


2.8.2 Indicar el número de beneficiarios directos del colectivo en quienes impactará el proyecto:

2.8.3 Perfil y descripción del colectivo beneficiario (máximo media página)



2.8.4 Papel del colectivo beneficiario en el diseño y ejecución del proyecto (máximo media página)



2.9 Fecha de inicio y duración del proyecto

2.10 Actividades previstas y calendario

Numere las principales actividades en este cuadro, indicando los meses en los que tendrán lugar.

#	ACTIVIDADES	2025							
		JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	

#	ACTIVIDADES	2026									
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT

2.11 Localización del proyecto



2.12 Experiencia en proyectos similares (máximo una página)

Indicar si es continuación de un proyecto previo o si forma parte de un proyecto más amplio. Si el proyecto se ha ejecutado previamente, indique los logros obtenidos.



2.13 Colaboración de otras entidades en el proyecto

2.13.1 La entidad ha solicitado financiación adicional a otras entidades:

- NO
 SÍ

Si se ha marcado "SÍ", indicar a qué entidades se ha solicitado financiación.

Entidad	Fecha de solicitud	Importe solicitado (€)	Importe concedido (€)

2.13.2 ¿Está prevista la participación de otras entidades colaboradoras en la ejecución del proyecto?

- NO
 SÍ

Si se ha marcado "SÍ", indicar qué otras entidades participarán en el proyecto y cuál será su papel.

Entidad	Papel en el proyecto

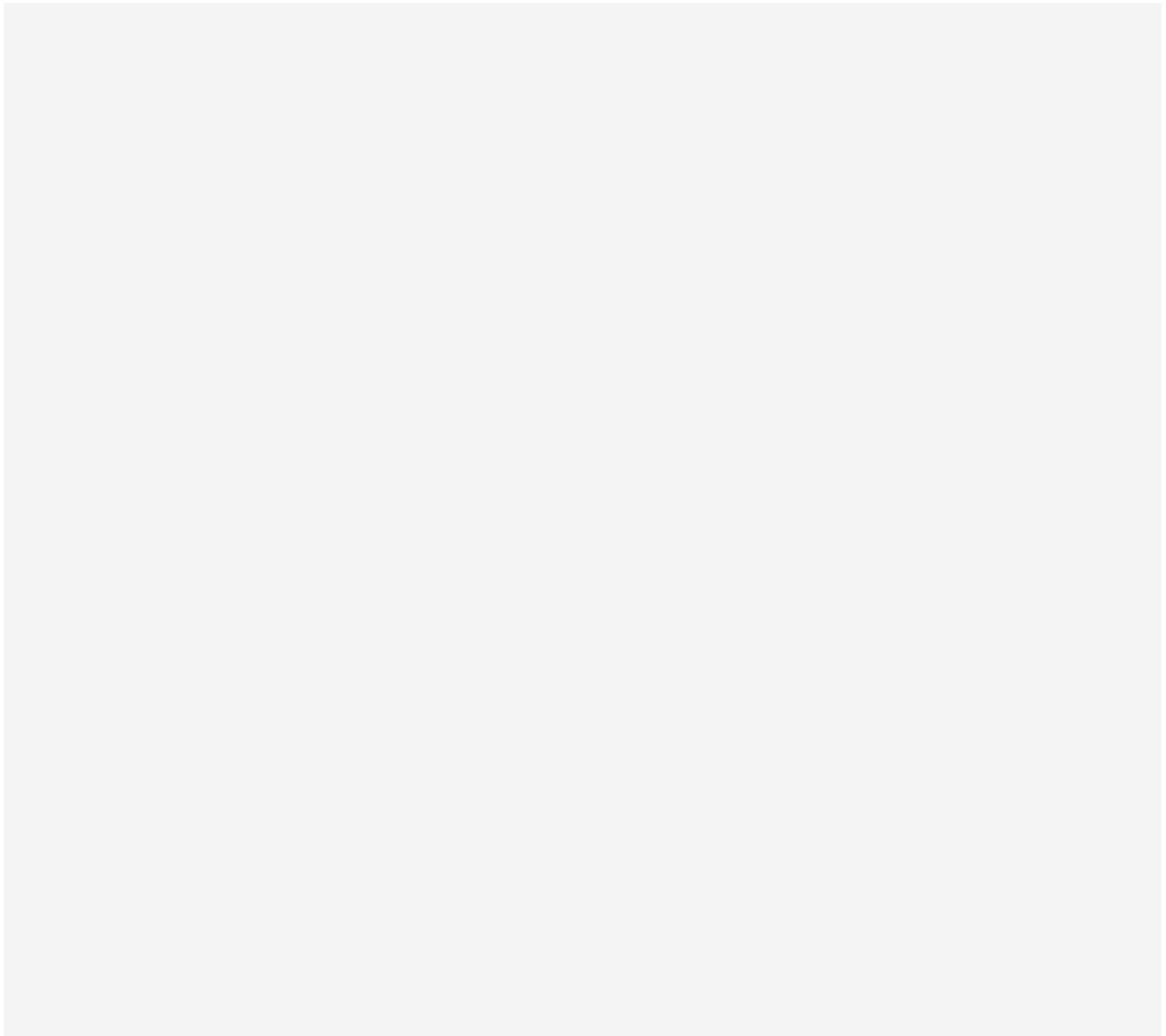
2.14 Presupuesto del proyecto

2.14.1 Presupuesto detallado del proyecto en euros

CONCEPTO	FINANCIACIÓN SOLICITADA AL COFM (€)	FINANCIACIÓN DE ENTIDADES COLABORADORAS (€)	APORTACIÓN DE FONDOS PROPIOS (€)	COSTE TOTAL (€)
Gastos de personal				
Material y suministros para el proyecto				
Becas y ayudas				
Viajes y desplazamientos				
Inversiones para el proyecto				
Gastos indirectos y de gestión				
TOTAL				



2.14.2 Indicar cómo se han realizado las estimaciones del presupuesto (máximo media página)



3. DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA ESTA SOLICITUD:

- Formulario de solicitud debidamente completado con una extensión máxima de 15 páginas
- Copia de Estatutos
- Copia del CIF
- Documento acreditativo de que la entidad está debidamente inscrita en el registro correspondiente
- Certificado de estar al corriente de pago con la Agencia Tributaria
- Certificado de estar al corriente de pago con la Seguridad Social
- Cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2023
- Memoria de actividades del ejercicio 2023
- Certificado de la Agencia Tributaria de ser una entidad acogida a la Ley 49/2002
- NIF de la persona que actuará como representante legal de la entidad
- Documento que acredite la capacidad de la persona que actuará como representante legal de la entidad

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM)
Finalidad	Gestionar las solicitudes enviadas por las entidades sociales a los efectos de ser seleccionadas como entidades colaboradoras del COFM y beneficiarias de las ayudas a proyectos sociales de carácter sociosanitario que otorga el COFM
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en las Bases de Convocatoria .



