



**MEMORIA
EVALUACIÓN**
(Anexo V)

Espacio reservado para la etiqueta
con los datos del Registro

CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES DEL ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD. Convocatoria 20__

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

Nombre de la entidad: _____
Nombre del proyecto: _____

2 DATOS DE NIVELES DE ATENCIÓN ALCANZADOS

Especificar número de personas distintas que han participado en el proyecto (beneficiarios directos):
Mujeres (adultas): _____ Hombres (adultos) : _____ Menores: _____ Número total: _____
Movilidad de los beneficiarios directos (especificar número):
Total de altas: _____ Total de bajas: _____
Han logrado objetivos previstos: _____ Abandonos: _____ Expulsiones: _____ Otros: _____

3 DATOS DE PROCEDENCIA DE LOS BENEFICIARIOS QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROYECTO

Especificar número de beneficiarios en los casos que corresponda:
 Por derivación desde Madrid Salud (CADs, CMs, centros específicos, etc.): N.º _____
 Por derivación desde otras instancias municipales (otras áreas u organismos del Ayuntamiento de Madrid): N.º _____
 Por derivación desde otras administraciones (autonómica o central): N.º _____
 Por propia iniciativa: N.º _____ Otros: N.º _____ Número total de beneficiarios: _____
Observaciones: _____

Acciones que se han realizado para conseguir la participación de los beneficiarios en la realización del proyecto (especificar: difusión, reparto tareas,...): _____

4 DATOS SOBRE LAS PRESTACIONES DEL PROYECTO

PRESTACIONES	DESCRIPCIÓN	N.º BENEFICIARIOS
Atención social		
Atención psicológica		
Atención educativa		
Atención jurídica		
Otras		
TOTAL		

MEMORIA EVALUACIÓN (Anexo V)

8 DATOS SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS EN LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

	Titulación	Funciones asignadas	Años experiencia profesional	Horas semanales	Salario en euros/mes
Contratados fijos N.º: _____					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
Contratados temporales N.º: _____					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
Voluntarios N.º: _____					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €
					_____ €

(Si necesita incluir más categorías profesionales, rellene esta hoja tantas veces como sea necesaria)

MEMORIA EVALUACIÓN (Anexo V)

Página 4 de 4

Breve descripción de las conclusiones de la valoración / evaluación: _____

9 DATOS SOBRE LOS RECURSOS FINANCIEROS/GASTOS REALIZADOS EN EL PROYECTO

PARTIDAS Y SUBPARTIDAS PRESUPUESTARIAS DE GASTO		DESGLOSE:					TOTAL
		Actividades	Personal	Material	Transporte	Otros	
FINANCIACIÓN PROPIA							_____ €
SUBVENCIÓN CONCEDIDA	Madrid Salud. Instituto de Adicciones						_____ €
	Otras Áreas de Gobierno del Ayto.de Madrid						_____ €
	Comunidad de Madrid						_____ €
	Administración Central						_____ €
DONATIVOS/OTROS INGRESOS							_____ €
COSTE TOTAL DEL PROGRAMA							_____ €
CUANTÍA SUBVENCIÓN CONCEDIDA							_____ €

En, _____ a ___ de _____ de 20__

Firma del/de la Presidente o representante legal: