

ANEXO I

PROCEDIMIENTO SUBVENCIONES, EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA, PARA ENTIDADES PRIVADAS SIN ÁNIMO DE LUCRO CON EL FIN DE REALIZAR PROGRAMAS DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO SA803A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	---	-------------------------------

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE						
IDENTIFICACIÓN						
TIPO	NÚM.		PAIS EMISOR			
<i>Selecione</i>			<i>Selecione</i>			
RAZÓN SOCIAL						
DIRECCIÓN						
PAIS						
<i>Selecione</i>						
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA		NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
<i>Selecione</i>						
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		
	<i>Selecione</i>	<i>Selecione</i>				
PARROQUIA		LUGAR				
CONTACTO						
PREFIJO	TELÉFONO 1	PREFIJO	TELÉFONO 2			
<i>Selecione</i>		<i>Selecione</i>				
CORREO ELECTRÓNICO						

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)		
IDENTIFICACIÓN		
TIPO	NÚM.	PAIS EMISOR
<i>Selecione</i>		<i>Selecione</i>
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
Todas las notificaciones a las personas interesadas se realizarán solo por medios electrónicos a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal https://notifica.xunta.gal		
Solo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico o Chave365.		
Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación en el correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación y que se podrán cambiar en cualquier momento a través de Notifica.gal:		
PREFIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
<i>Selecione</i>		

DATOS BANCARIOS							
o Formato IBAN o Formato BIC							
Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados relativos a la cuenta bancaria indicada.							
TITULAR DE LA CUENTA				NÚMERO DE CUENTA BANCARIA (24 DÍGITOS)			
				IBAN			



ANEXO I
(continuación)

PROGRAMA, IMPORTE SOLICITADO Y COSTE TOTAL DEL PROGRAMA		
PROGRAMA	IMPORTE SOLICITADO	COSTE TOTAL

IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD	FECHA DE CONSTITUCIÓN
NOMBRE	

ÁMBITO TERRITORIAL DE LA ENTIDAD:

☐ LOCAL ☐ PROVINCIAL ☐ AUTONÓMICO

REPRESENTATIVIDAD:

☐ FEDERACIÓN DE ÁMBITO AUTONÓMICO
☐ ASOCIACIÓN INTEGRADA EN UNA FEDERACIÓN DE ÁMBITO AUTONÓMICO

☐ OTRA ENTIDAD

DEDICACIÓN:

☐ EXCLUSIVA
☐ OTRAS (señálese cual/cuales es/son):

HORARIO REGULAR DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

DÍA DE LA SEMANA	HORARIO			
	MAÑANA		TARDE	
	APERTURA	CIERRE	APERTURA	CIERRE

CUADRO DE PERSONAL

PERSONAL SANITARIO

NOMBRE Y APELLIDOS	DENOMINACIÓN DEL PUESTO	TIPO DE VINCULACIÓN ¹

PERSONAL NO SANITARIO

NOMBRE Y APELLIDOS	DENOMINACIÓN DEL PUESTO	TIPO DE VINCULACIÓN ¹

¹PERSONA CONTRATADA Y VOLUNTARIA REMUNERADA O NO REMUNERADA. EN EL CASO DE PERSONAL CONTRATADO INDICAR TIPO DE CONTRATO (Eventual, indefinido, por obra, jornada completa, jornada parcial).



**ANEXO I
(continuación)**

VALORACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA ENTIDAD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Nº total de personas trabajadoras de la entidad	Nº de personas trabajadoras con contrato indefinido	Nº de personas trabajadoras discapacitadas	Nº de personas perceptoras de RISGA o en situación o riesgo de exclusión social conforme el artículo 3 de la ley de inclusión social de Galicia	Nº de mujeres víctimas de violencia de género	Nº de personas empleadas mayores de 45 años contratadas en los dos últimos años

Para determinar el numero total de personas trabajadoras, o el porcentaje de contratos indefinidos, personas discapacitadas o mayores de 45 años contratados en los dos últimos años, de las confederaciones, federaciones o agrupaciones se tendrán en cuenta la totalidad de las personas trabajadoras de todas las entidades que las integran.

En el caso de confederaciones, federaciones o agrupaciones el nº de personas contratadas en las siguientes situaciones es:

FINANCIACIÓN DE LA ENTIDAD:		
FONDOS PROPIOS		
CONCEPTO		IMPORTE
APORTACIONES DE LOS SOCIOS		
CUOTA		IMPORTE
ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA		
CONSELLERÍA/ORGANISMO		IMPORTE
SUBTOTAL ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA:		
ADMINISTRACIÓN LOCAL		
DIPUTACIÓN		IMPORTE
ADMINISTRACIÓN ESTATAL		
DENOMINACIÓN		IMPORTE
OTROS		
ESPECIFICAR		IMPORTE
TOTAL FINANCIAMIENTO:		

SISTEMAS Y PROCESOS DE GESTIÓN DE CALIDAD (IMPRESINDIBLE ACREDITACIÓN DOCUMENTAL)	
CERTIFICACIÓN, HOMOLOGACIÓN O RECONOCIMIENTO EXTERNO	





**ANEXO I
(continuación)**

PLANES DE IGUALDAD (imprescindible acreditación documental)

La entidad tiene un plan de igualdad en los términos previstos en la LO 3/2007, de 22 de marzo y en la Ley 7/2023, del 30 de noviembre para la igualdad efectiva de mujeres y hombres de Galicia.

- ☐ No cuenta con planes de igualdad
- ☐ Cuenta con planes de igualdad

En el caso de solicitudes de confederaciones, federaciones o agrupaciones, cuentan con planes de igualdad

Elija un elemento.





ANEXO I
(continuación)

LA PERSONA REPRESENTANTE DECLARA

1. Que en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:

- ☐ No solicitó ni se le concedió ninguna otra ayuda para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención.
☐ Si solicitó y/o se le concedieron otras ayudas para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención, que son las que a continuación se relacionan:

AYUDAS CONCEDIDAS			
ENTIDAD QUE HA CONCEDIDO ALGUNA AYUDA PARA ESTE PROYECTO	AÑO	DISPOSICIÓN REGULADORA	CUANTÍA CONCEDIDA

AYUDAS SOLICITADAS			
ENTIDAD A LA QUE SE HA SOLICITADO ALGUNA AYUDA PARA ESTE PROYECTO	AÑO	DISPOSICIÓN REGULADORA	CUANTÍA SOLICITADA

2. Que en relación con las ayudas *de minimis*:

- ☐ No solicitó ni se le concedió ninguna ayuda *de minimis*.
☐ Si solicitó y/o se le concedieron ayudas *de minimis*, que son las que a continuación se relacionan:

ORGANISMO	AÑO	DISPOSICIÓN REGULADORA	IMPORTE

Así mismo, se compromete a comunicar inmediatamente cuantas ayudas solicite y/o obtenga de otras administraciones públicas o de otros entes públicos o privados, nacionales o internacionales, a partir de la fecha de esta declaración.

3. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se presentan son ciertos.

4. No estar incurso en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones.

5. No estar incurso en ninguna clase de inhabilitación para la obtención de ayudas previstas en los números 2 y 3 del artículo 10 de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia.

6. Estar al corriente en el pago de obligaciones por reintegro de subvenciones, conforme al artículo 10.2.g) de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia, y el artículo 9 del Reglamento de subvenciones de Galicia, aprobado por el Decreto 11/2009, de 8 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O YA PRESENTADA CON ANTERIORIDAD

- | | ÓRGANO | COD.PROC. | AÑO |
|---|--------|-----------|-----|
| ☐ Documentación que acredite la representación legal de la entidad | | | |
| ☐ Escritura de constitución, con referencia en su caso, de la inscripción en el registro que corresponda | | | |
| ☐ Estatutos de la entidad solicitante | | | |

**ME OPONGO A
LA CONSULTA**

Q

O

O

O

O

O

AUTORIZO LA CONSULTA

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.Dirección xeral de Asistencia Sanitaria
Finalidades del tratamiento	Tramitar este procedimiento, verificar los datos y documentos que la persona interesada aporte en su solicitud para comprobar la exactitud de estos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de la tramitación. Así mismo, los datos personales se incluirán en la Carpeta ciudadana de cada persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	El cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos derivad de una competencia legalmente atribuida al responsable del tratamiento, así como el cumplimiento de deberes legales impuestos al dicho responsable (artículos 6.1., letras c) y y) del RXPD y 8 de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre , de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales). En concreto, la competencia y deberes previstos en los preceptos básicos de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre , general de subvenciones, y de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre , de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, así como en la Ley 9/2007, de 13 de junio , de subvenciones de Galicia, en la Ley 39/2015, de 1 de octubre , del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, en la Ley 1/2016, de 18 de enero , de transparencia y buen gobierno, y en la Ley 4/2019, de 17 de julio , de Administración Digital de Galicia.
Destinatarios de los datos	Las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán ejercer los derechos de acceso,rectificación,oposición, limitación y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través da sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en https://www.xunta.gal.exercicio-de-dereitos
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais .

Orden del de 2025 por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, para las entidades privadas sin ánimo de lucro con el fin de realizar programas de carácter sociosanitario en el año 2025. (Código de procedimiento SA803A)

Lugar y Fecha						
	,	de		de		

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria



ANEXO II

MEMORIA TÉCNICA DEL PROGRAMA

Se presentará un archivo en formato pdf y firmado electrónicamente con las siguientes características:

- Máximo de 15 páginas
- Márgenes de 2 cm
- Letra Arial, tamaño 11
- Interlineado sencillo

APARTADOS:

1. Denominación del programa
2. Cronograma detallado de las fechas y horarios previstos, clarificando la disponibilidad a las personas usuarias.
3. Número de personas beneficiarias potenciales o personas beneficiarias en la convocatoria anterior.
4. Pertinencia del programa. Justificando la necesidad del programa para la población diana en ese contexto dado, aportando datos para fundamentarlo (argumentación, referencias bibliográficas, citas, relación con las líneas estratégicas del Sergas, OMS...)
5. Descripción de los criterios de inclusión en el programa. Descripción detallada de los colectivos incluidos teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: equidad (ofreciendo igual atención a igual necesidad) y accesibilidad (reduciendo barreras geográficas, tiempos de respuesta o de espera).
6. Objetivos generales y específicos definidos para el programa.
7. Propuesta metodológica para el desarrollo del programa: descripción de las fases del proceso de trabajo para la consecución de los objetivos.
8. Adecuación de indicadores de proceso e resultado definidos para la evaluación del programa
9. Descripción de los aspectos de calidad del programa: modalidades de intervención centrada en la persona, sistemas de medición de la calidad funcional (forma en la que se presta el tratamiento), existencia de un sistema organizativo de gestión propio, que confirme el control de procesos y de mejora continua en la intervención.
10. Innovación. Se indicará la cobertura de necesidades emergentes no cubiertas (que aporten soluciones eficaces y adaptativas a la evolución de la enfermedad o problemática dada) o cuando incorporen nuevas tecnologías (que añadan calidad en la atención con el mismo coste).





ANEXO III

INFORMACIÓN PARA LA VALORACIÓN DE LOS PROGRAMAS
SA803A- SUBVENCIONES, EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA, PARA ENTIDADES SIN ÁNIMO DE
LUCRO CON EL FIN DE REALIZAR PROGRAMAS DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

IDENTIFICACIÓN

TIPO	NÚM.	PAIS EMISOR
Seleccione		Seleccione
RAZÓN SOCIAL		

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

IDENTIFICACIÓN

TIPO	NÚM.	PAIS EMISOR
Seleccione		Seleccione
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

PROGRAMA:

RECURSOS HUMANOS:

EL RESPONSABLE DEL PROGRAMA:

NOMBRE Y APELLIDOS

TITULACIÓN

PERSONAS COLABORADORAS:

NOMBRE Y APELLIDOS	TITULACIÓN	PUESTO DE TRABAJO	FUNCIONES

VALORACIÓN ECONÓMICA DEL COSTE DEL PROGRAMA

GASTOS DE PERSONAL		GASTOS CORRIENTES	
CONCEPTO	IMPORTE	CONCEPTO	IMPORTE
TOTAL GASTOS PERSONAL		TOTAL GASTOS CORRIENTES	
IMPORTE TOTAL DEL PROGRAMA			





**ANEXO III
(continuación)**

MEDIOS MATERIALES CON LOS QUE CUENTA LA ENTIDAD PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA:

--

AYUNTAMIENTO/S DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROGRAMA:

☐ DOS AYUNTAMIENTOS ☐ TRES AYUNTAMIENTOS ☐ CUATRO AYUNTAMIENTOS ☐ CINCO AYUNTAMIENTOS ☐ MÁS DE 5 AYUNTAMIENTOS

ESPECIFICAR EL/LOS AYUNTAMIENTO/S

--

LENGUA EN QUE SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES:

☐ GALLEGO ☐ CASTELLANO

De conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, declaro bajo mi responsabilidad que los datos aportados en este anexo son ciertos y dispongo de la documentación que así lo acredita, que la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida, y me comprometo a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el período de tiempo inherente a dicho reconocimiento de la subvención o ejercicio.

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Lugar y fecha					
	,		de		de



SA803A- SUBVENCIONES, EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA, PARA ENTIDADES PRIVADAS SIN ÁNIMO DE LUCRO CON EL FIN DE REALIZAR PROGRAMAS DE CARÁCTER SOCIO SANITARIO



NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	COMPROBACIÓN DE DATOS		FIRMA
		Los siguientes documentos serán objeto de consulta a las administraciones públicas	ME OPONGO A LA CONSULTA	
		Título oficial universitario de licenciado o grado	☐	
		Título oficial no universitario	☐	
		Título oficial universitario de licenciado o grado	☐	
		Título oficial no universitario	☐	

De no ser suficiente el espacio previsto en el cuadro anterior, se deberán cubrir y enviar tantos anexos como sean necesarios.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria
Finalidades del tratamiento	Tramitar este procedimient, verificar los datos y documentos que la persona interesada aporte en su solicitud para comprobar la exactitud de estos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de la tramitación. Así mismo, los datos personales se incluirán en la Carpeta ciudadana de cada persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	El cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos derivada de una competencia legalmente atribuida al responsable del tratamiento, así como el cumplimiento de obligaciones legales impuestas a dicho responsable (artículos 6.1, letras c) y e) del RGPD y 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). En concreto, la competencia y obligaciones previstas en los preceptos básicos de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, así como en la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia, en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, en la Ley 1/2016, de 18 de enero, de transparencia y buen gobierno, y en la Ley 4/2019, de 17 de julio, de Administración Digital de Galicia.
Destinatarios de los datos	Las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán ejercer los derechos de acceso,rectificación,oposición, limitación y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través da sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais .

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

lugar y fecha

	,		de		de		
--	---	--	----	--	----	--	--

RELACIÓN DE GASTOS DE PERSONAL Y CORRIENTES

SA803A- SUBVENCIONES, EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA, PARA ENTIDADES PRIVADAS SIN ÁNIMO DE LUCRO CON EL FIN DE REALIZAR PROGRAMAS DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE		
IDENTIFICACIÓN		
TIPO	NÚM.	PAIS EMISOR
Selecione		Selecione
RAZÓN SOCIAL		

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)			
IDENTIFICACIÓN			
TIPO		NÚM.	
<i>Seleccione</i>		<i>Seleccione</i>	
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DATOS BANCARIOS							
o Formato IBAN		o Formato BIC					
Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados relativos a la cuenta bancaria indicada.							
TITULAR DE LA CUENTA				NÚMERO DE CUENTA BANCARIA (24 DÍGITOS)			
IBAN							

RELACIÓN DE GASTOS DE PERSONAL: NÓMINAS

[illegible]



ANEXO V
(continuación)

RELACIÓN DE GASTOS DE PERSONAL: IRPF

Nº ORDE N	NOMBRE Y APELLIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES AÑO	IRPF	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	FECHA DE PAGO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO							

RELACIÓN DE GASTOS DE PERSONAL: SEGURIDAD SOCIAL

Nº ORDEN	NOMBRE Y APELLIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES	DESCUENTO SEG.SOCIAL TRABAJADOR	SEGURIDAD SOCIAL EMPRESA	TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	FECHA DE PAGO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO									





ANEXO V
(continuación)

RELACIÓN DE GASTOS CORRIENTES:

Nº ORDE N	Nº FACTURA	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA PAGO	ACREEDOR	NIF	CONCEPTO	IMPORTE IMPUTADO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO							

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE						
Lugar y fecha						
	,		de		de	





ANEXO VI

CERTIFICACIÓN DE GASTOS

SA803A- SUBVENCIONES, EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA, PARA ENTIDADES PRIVADAS SIN ÁNIMO DE LUCRO CON EL FIN DE REALIZAR PROGRAMAS DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

IDENTIFICACIÓN

TIPO	NÚM.	PAIS EMISOR
<i>Selecione</i>		<i>Selecione</i>
RAZÓN SOCIAL		

D/Dª con NIF en calidad de de la entidad
..... con NIF y dirección en

CERTIFICA:

Que los gastos que se justifican por un importe de € se ocasionaron en el desarrollo de las actividades correspondientes al programa y dichos gastos fueron debidamente abonados.

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Lugar y fecha					
	,		de		de



ANEXO VII

INFORME DE RESULTADOS

Se adjuntará un archivo por cada programa en formato pdf firmado electrónicamente con las siguientes características

- Máximo de 15 páginas
- Márgenes de 2 cm
- Letra Arial, tamaño 11
- Interlineado sencillo

APARTADOS:

1. Denominación del programa
2. Resumen del contenido del programa
3. Período de ejecución del programa
4. Número de personas beneficiarias directas e indirectas del programa desagregando por sexos
5. Actividades del programa ejecutadas y, excepcionalmente, las no ejecutadas, en su caso especificando las personas beneficiarias y fechas de realización según el modelo:

Actividad	Personas beneficiarias desagregadas por sexo	Fecha inicio	Fecha fin
		--/--/----	--/--/----
		--/--/----	--/--/----
		--/--/----	--/--/----
		--/--/----	--/--/----
		--/--/----	--/--/----

6. Número de horas ejecutadas del programa
7. Localización territorial del programa

Provincia/s	Localidade/s	Personas beneficiarias

8. Estado de liquidación del programa, según el modelo

Concepto	Xunta de Galicia	Otras subvenciones	Financiación Propia	Total
A. Gastos de personal				
B. Gastos corrientes: Especificar				
C. Dietas y Gastos de viaje				
D. Gestión y administración				
TOTAL GASTOS				

9. Resultados obtenidos cuantificados y valorados

Objetivo	Indicador	Resultado esperado	Resultado obtenido

10. Número de abandonos y altas terapéuticas

11. Desviaciones respecto al programa inicial presentado

