

AYUDAS EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA PARA LA EJECUCIÓN DE PROGRAMAS SANITARIOS EN ANDALUCÍA A TRAVÉS DE LAS AGRUPACIONES DE DEFENSA SANITARIA GANADERA CONVOCATORIA 2018

REQUERIMIENTO DE SUBSANACIÓN

Vistas las solicitudes presentadas al amparo de la Orden de 27 de Octubre de 2017 por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva dirigidas a la ejecución de programas sanitarios en Andalucía a través de las Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera (BOJA N° 211 de 03/11/2017), y se efectúa su convocatoria para el año 2018 mediante Orden de 17 de Noviembre de 2017 (BOJA N.º 227 de 27 de 11/2017), de conformidad al artículo 13 de la Orden de bases reguladoras, se requiere a cada una de las personas solicitantes indicadas en el Anexo 1 que se adjunta, para que en el plazo de diez días hábiles, a contar desde el siguiente al de la publicación del presente Requerimiento en la página web de la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural, subsanen su solicitud formulada en orden de ajustar compromisos y condiciones por los que solicita la subvención y según las incidencias indicadas en el citado Anexo 1 y cuya descripción se detalla en el Anexo 2, teniéndoles, en caso contrario, por desistidos de su solicitud, previa Resolución que se dictará al efecto en los términos previstos en el artículo 21.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

El artículo 21 del Texto articulado por el que se aprueban las bases reguladoras tipo para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva, establece que los actos que deban notificarse de forma conjunta a todas las personas o entidades interesadas y, en particular, los de requerimientos de subsanación, el trámite de audiencia y el de resolución del procedimiento, se publicarán en la página web de la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural, en los términos del artículo 45.1.b) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y del artículo 12 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos . En todo caso, esta publicación sustituye a la notificación personal y surtirá los mismos efectos.

Página Web de la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural, url:

<http://juntadeandalucia.es/servicios/ayudas/detalle/78413.html>

La subsanación de la solicitud , podrá presentarse en cualesquiera de los lugares y por cualesquiera de los medios indicados en el apartado 10.c del Cuadro-Resumen de la Orden de 27 de octubre de 2017.

EL JEFE DE SERVICIO DE SANIDAD ANIMAL

Fdo: Manuel Fernández Morente

Código:640xu794PFIRMAduwBr35zHn5gHES+.
 Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/>

FIRMADO POR	MANUEL FERNANDEZ MORENTE	FECHA	14/02/2018
ID. FIRMA	640xu794PFIRMAduwBr35zHn5gHES+	PÁGINA	1/4

ANEXO I

Nº EXPEDIENTE	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	CIF/NIF	CÓDIGOS INCIDENCIAS A SUBSANAR
SA- 01251-11-2018-C-08	Agrupación de Defensa Sanitaria Ganadera Acuicola de Andalucía (ADSAQUA)	G72166804	12
SA-01282-41-2018-C-11	AVICOLA DE ANDALUCIA	V91462119	2, 34, 39

Código:64oxu794PFIRMAduwBr35zHn5gHES+.
 Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/>

FIRMADO POR	MANUEL FERNANDEZ MORENTE	FECHA	14/02/2018
ID. FIRMA	64oxu794PFIRMAduwBr35zHn5gHES+	PÁGINA	2/4

ANEXO II

CÓDIGO INCIDENCIA	DESCRIPCIÓN INCIDENCIA
1	Modelo de solicitud de ayuda no se presenta conforme al modelo que figura en el Anexo I de la Orden de referencia
2	No cumplimenta la Orden de Convocatoria 17 noviembre 2017 - No cumplimenta la Convocatoria/Ejercicio 2018

CÓDIGO INCIDENCIA	DESCRIPCIÓN INCIDENCIA
APARTADO 1. Datos del Solicitante y su Representante Legal	
3	Apellidos y Nombre o Razón Social
4	NIF beneficiario
5	Domicilio beneficiario
6	Núcleo de población beneficiario
7	Provincia beneficiario
8	País beneficiario
9	Código Postal beneficiario
10	Nombre y Apellidos de la persona representante
11	NIF del representante
12	SEXO H/M representante
13	Número de móvil del representante
14	Número de correo electrónico del representante
APARTADO 2. Lugar y Medio de Notificación	
15	No marcada ninguna de las opciones
16	Marca una de las opciones pero no está cumplimentada de forma correcta
APARTADO 3. Datos Bancarios	
17	No cumplimenta completamente los datos bancarios
APARTADO 4. Declaraciones	
18	No marcada casilla condición beneficiario y compromiso aportar documentación exigida en las bases reguladoras
19	No marcada ninguna de las dos casilla de no ha solicitado ni obtenido otras subvenciones o ayudas
20	No Marcada casilla compromiso a cumplir obligaciones exigidas en las bases reguladoras
21	Está marcada casilla Solicitud u obtención de otras ayudas o subvenciones, y no las relaciona
22	No marcada casilla de no hallarse incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las Bases R.
APARTADO 6. Datos sobre actividad, proyecto, comportamiento o situación para la que solicita la subvención	
23	A1. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
24	A2. Presupuesto del Programa Sanitario: no cuantificado n.º dosis/coste unitario/Presupuesto Total
25	B1. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
26	B2. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º dosis/coste unitario/Presupuesto Total
27	C1. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
28	C2. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º pruebas/Gastos de personal
29	D1. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
30	D2. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º analíticas/coste unitario/Presupuesto Total
31	D3. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
32	D4. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º analíticas/coste unitario/Presupuesto Total
33	E1. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
34	E2. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º dosis/coste unitario/Presupuesto Total

Código:640xu794PFIRMAduwBr35zHn5gHES+.
Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/>

FIRMADO POR	MANUEL FERNANDEZ MORENTE	FECHA	14/02/2018
ID. FIRMA	640xu794PFIRMAduwBr35zHn5gHES+	PÁGINA	3/4

CÓDIGO INCIDENCIA	DESCRIPCIÓN INCIDENCIA
35	F1. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
36	F2. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º visitas/coste unitario/Presupuesto Total
37	F3. Objetivo del Programa Sanitario no cuantificado
38	F4. Presupuesto del Programa Sanitario no cuantificado n.º analíticas/coste unitario/Presupuesto Total
APARTADO 8. Solicitud, Lugar, fecha y firma	
39	No cumplimentado el importe solicitud subvención
40	No cumplimentado el lugar, fecha y persona firmante
41	Solicitud no esta Firmada

Código:64oxu794PFIRMAwduBr35zHn5gHES+.
 Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/>

FIRMADO POR	MANUEL FERNANDEZ MORENTE	FECHA	14/02/2018
ID. FIRMA	64oxu794PFIRMAwduBr35zHn5gHES+	PÁGINA	4/4