## **15.2 ANEXO II - PLANO DE TRABALHO - CONCEDENTE**

**PLANO DE TRABALHO DO TERMO DE EXECUÇÃO DESCENTRALIZADA N° XX/20XX**

 **Obs: O número do TED não é gerado na Plataforma Transferegov**

| 1. **DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE DESCENTRALIZADORA**
 |
| --- |
| **a)** **Unidade Descentralizadora e Responsável**Nome do órgão ou entidade descentralizadora: Setec / Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul - IFMS.Nome da autoridade competente: Nome do Reitor(a) atualNúmero do CPF: CPF do Reitor(a) atualNome da Secretaria/Departamento/Unidade Responsável pelo acompanhamento da execução do objeto do TED: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul - IFMS.**b)** **UG SIAFI**Número e Nome da Unidade Gestora - UG que descentralizará o crédito: **158132 – INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL - 26415** Número e Nome da Unidade Gestora - UG Responsável pelo acompanhamento da execução do objeto do TED: **158132 – INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL - 26415** |
| 1. **DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE DESCENTRALIZADA**
 |
| **a)** **Unidade Descentralizada e Responsável**Nome do órgão ou entidade descentralizada: Nome da autoridade competente: Número do CPF:Nome da Secretaria/Departamento/Unidade Responsável pela execução do objeto do TED: **a)** **UG SIAFI**Número e Nome da Unidade Gestora - UG que descentralizará o crédito: Número e Nome da Unidade Gestora responsável pelo acompanhamento da execução do objeto do TED:  |
| 1. **OBJETO**
 |
| Descrever o mais sucinto possível qual será o objetivo a ser alcançado.  |
| 1. **DESCRIÇÃO DAS AÇÕES E METAS A SEREM DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO TED:**
 |
| Demonstrar a situação que ensejou a necessidade do TED. Relacionar como essa situação será modificada com os recursos recebidos do TED. **I**ndicar a localidade, o público-alvo, dentre outros aspectos capazes de definir o alcance da parceria. |
| 1. **JUSTIFICATIVA E MOTIVAÇÃO PARA CELEBRAÇÃO DO TED:**
 |
| Esplanar objetivamente a relevância do projeto como solução a um problema existente ou necessidade identificada, demonstrando de forma qualitativa e quantitativas. Justificar porque o TED deve ser implantado e executado. Demonstrar a situação que motivou a necessidade do TED e relacionar com o objeto. |
| 1. **SUBDESCENTRALIZAÇÃO**
 |
| A Unidade Descentralizadora autoriza a subdescentralização para outro órgãoou entidade da administração pública federal?( )Sim ( X )Não  |
| 1. **FORMAS POSSÍVEIS DE EXECUÇÃO DOS CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS:**
 |
| A forma de execução dos créditos orçamentários descentralizados poderá ser: ( X ) Direta, por meio da utilização capacidade organizacional da Unidade Descentralizada. ( ) Contratação de particulares, observadas as normas para contratos da administração pública. ( ) Descentralizada, por meio da celebração de convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentoscongêneres, com entes federativos, entidades privadas sem fins lucrativos, organismos internacionais ou fundações de apoio regidas pela Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994.***Observação:******1)* *Podem ser marcadas uma, duas ou três possibilidades.******2)* *Não é possível selecionar forma de execução que não esteja prevista no Cadastro de Ações da ação orçamentária específica, disponível no SIOP.*** |
| 1. **CUSTOS INDIRETOS (ART. 8, §2°)**
 |
| A Unidade Descentralizadora autoriza a realização de despesas com custos operacionais necessários à consecução do objeto do TED?( )Sim( X )Não  |
| 1. **CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO**
 |
|

| METAS | DESCRIÇÃO | UNIDADE DE MEDIDA | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | ÍNICIO | FIM |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 1. **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**
 |
|

| MÊS/ANO | VALOR R$ |
| --- | --- |
|  |  |

 |
| 1. **PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO - PAD**
 |
|

| CÓDIGO DA NATUREZA DA DESPESA  | CUSTO INDIRETO | VALOR PREVISTO |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| 1. **PROPOSIÇÃO**
 |
| Local e dataCampo Grande, dia de mês de ano.Nome e assinatura do Responsável pela Unidade Descentralizada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da autoridade que irá representar o CONCEDENTE |
| 1. **APROVAÇÃO**
 |
| Local e dataBrasília, dia de mês de ano.Nome e assinatura do Responsável pela Unidade Descentralizadora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do Reitor(a) atualReitor(a) do IFMS |