



**SECRETARÍA DE BIENESTAR MUNICIPAL
DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL**

**PROGRAMA DE APOYO FINANCIERO PARA LAS OSC'S 2021 (PAFOSC)
FORMATO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS**

ANEXO 1.

FOLIO:

1. DATOS GENERALES

Escriba en los espacios señalados lo que corresponda.

Nombre o razón social:			
Siglas o Acrónimo:			
R.F.C.:			
Domicilio fiscal:			
Domicilio operativo:			
Liga de geolocalización del domicilio operativo (Google Maps):	Ejemplo: https://goo.gl/maps/JgD24khN8aAvcoWL6		
Fecha de Fundación:			
Fecha de Constitución Legal:			
Objeto Social:			
Representante Legal.:			
Nombre del Director:			
Correo Electrónico:			
Teléfono:		Cel.:	
¿Está registrada en el Catálogo Municipal de OSC's de Tijuana 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Folio en Catálogo Municipal (SOLO DEBE LLENARLO DESOM)	
Número de cuenta bancaria		Institución bancaria	
CLABE Interbancaria			

2. COORDINADOR DEL PROYECTO

Datos Generales.

Escriba en los espacios señalados lo que corresponda.

Nombre:			
Cargo:			
Correo electrónico:		Tel.:	

Experiencia Profesional:	

Grado Académico:

- Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Licenciatura
 Maestría
 Doctorado
 Otros: _____

3. CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES DEL ACTOR SOCIAL (OSC)

¿Ha sido beneficiado con recursos del PAFOSC en el año anterior?:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cantidad	
Cantidad con letra	(letra)			
¿Cumplió en tiempo y forma con la comprobación de los recursos?:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha de cumplimiento	
En caso de no haber comprobado en tiempo y forma, explique el motivo:				
¿El Actor Social ha recibido algún apoyo único de parte del Ayuntamiento de Tijuana, durante el ejercicio fiscal 2020?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En caso de que Si, señalar importe	
¿El Actor Social ha recibido apoyo de alguna Dependencia del Gobierno Federal, Estatal y/o Municipal, durante el presente año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En caso de que Si, indique la (s) Dependencia (s) y el importe	

4. RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO.

Nombre del proyecto:			
Cantidad solicitada al PAFOSC	\$		Cantidad en letra:

Describe brevemente en qué consiste el proyecto.

Descripción del proyecto:

Identifique la opción en referencia al ámbito social donde incidirá el proyecto de manera prioritaria.

Rubro social en el que incide prioritariamente el proyecto:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casa Hogar | <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Grupo Étnicos |
| <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Cultura | <input type="checkbox"/> Derechos Humanos | <input type="checkbox"/> Migrantes |
| <input type="checkbox"/> Personas con Discapacidad | <input type="checkbox"/> Desarrollo Comunitario | <input type="checkbox"/> Medio Ambiente | <input type="checkbox"/> Rehabilitación y Reintegración de Adicciones |
| <input type="checkbox"/> Tercera Edad | <input type="checkbox"/> Guarderías | <input type="checkbox"/> Equidad de Género | |

Escriba en los espacios señalados la cantidad que corresponda a su proyecto.

Resumen financiero		
Concepto	Monto	Porcentaje de aportación
Aportación del Actor Social (OSC)	\$	%
Aportación del PAFOSC	\$	%
Costo Total del Proyecto	\$	%

5. INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL PAFOSC.

Elija la orientación principal que tiene el proyecto.

Tipo de proyecto

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| Construcción
<input type="checkbox"/> | Remodelación
<input type="checkbox"/> | Ayuda Humanitaria
<input type="checkbox"/> | Capacitación
<input type="checkbox"/> | Desarrollo Institucional
<input type="checkbox"/> |
| Innovaciones
<input type="checkbox"/> | Equipamiento Frente a COVID-19
<input type="checkbox"/> | Otros
<input type="checkbox"/> | Especifique:
_____ | |

6. PLANTEAMIENTO

¿El recurso solicitado al PAFOSC es para iniciar proyecto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿El recurso solicitado al PAFOSC es para continuidad del proyecto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Explique brevemente sobre antecedentes del proyecto.

Antecedentes

Describa el problema más importante que padece el grupo beneficiario que pretende atender con este proyecto.

El Problema

Describe los objetivos y metas que se pretenden alcanzar con el proyecto. (Se enumeran para fines descriptivos, más no limitativos)

Objetivos y Metas del proyecto	
1) Objetivo 1: Meta 1.1: Meta 1.2:	
2) Objetivo 2: Meta 2.1: Meta 2.2:	

Para cada meta indique las acciones y tiempos en los que se realizará el proyecto.

Cronograma de Actividades						
Meta	Acción	Descripción	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1.1						
1.2						
2.1						
2.2						

En caso de que el proyecto propuesto sea educativo y/o de capacitación llene los siguientes campos.

Carta Descriptiva.

Tipo de Actividad:	<input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Plática <input type="checkbox"/> Conferencia <input type="checkbox"/> Capacitación
Título:	
Domicilio:	
Fechas:	
Horarios:	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino
Objetivo General:	
Temas:	
Contenido:	
Objetivo / Propósito:	
Técnica:	
Materiales:	
Tiempo:	
Responsables:	
Ubicación del proyecto: Insertar Liga de geolocalización (Google Maps):	

Describa las etapas, instrumentos, técnicas y procesos en general que seguirá para la realización del proyecto.

Metodología del Proyecto:

Especifique el número de beneficiarios del Proyecto por edad y sexo.

Perfil de Beneficiarios del Proyecto													
Entre 0 y 5		Entre 6 y 17		Entre 18 y 24		Entre 25 y 44		Entre 45 y 60		Mayores de 60		Totales	
Niñas	Niños	Niñas	Niños	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.

De las siguientes opciones, seleccione el o los servicios a través de los cuales atenderá a su población objetivo.

Servicios más importantes que brindará a beneficiarios a través de su proyecto:			
Servicios que proporcionará con el proyecto			
<input type="checkbox"/>	Salud:	<input type="checkbox"/>	Asistencia Social y Alimentación:
<input type="checkbox"/>	Consultas	<input type="checkbox"/>	Atención
<input type="checkbox"/>	Atención	<input type="checkbox"/>	Distribución
<input type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>	Servicio
<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Educación y Capacitación:	<input type="checkbox"/>	Recreación y Difusión:
<input type="checkbox"/>	Enseñanza	<input type="checkbox"/>	Actividades
<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>	Difusión
<input type="checkbox"/>	Desarrollo	<input type="checkbox"/>	Publicidad
<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Vivienda y Medio Ambiente:	<input type="checkbox"/>	Economía y Actividades Productivas:
<input type="checkbox"/>	Apoyos	<input type="checkbox"/>	Atención
<input type="checkbox"/>	Construcción	<input type="checkbox"/>	Capacitación
<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Equipamiento		
<input type="checkbox"/>	Desarrollo		

7. ESTRUCTURA FINANCIERA

Presupuesto Detallado

Detalle el presupuesto de los recursos con los conceptos de gastos contemplados para la realización del Proyecto.

Concepto	Monto solicitado al PAFOSC	Aportación del Actor Social		Monto Total
		Aportación Monetaria	Aportación No Monetaria	
Rubro de recursos materiales	\$	\$	\$	\$
Ejemplo: MATERIAL PARA HUERTOS	\$	\$	\$	\$
MATERIAL PARA LIMPIEZA	\$	\$	\$	\$
PAPELERIA	\$	\$	\$	\$
Subtotal de recursos materiales	\$	\$	\$	\$
Rubro de recursos humanos	\$	\$	\$	\$
PERSONAL QUE IMPARTIRA LAS PLATICAS	\$	\$	\$	\$
Subtotal de recursos humanos	\$	\$	\$	\$
Total de recursos	\$	\$	\$	\$
Porcentajes de aportación				

* En caso de anexar mas información detallada del presupuesto, realizarla en una hoja siguiente.

8. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Especifique el instrumento que utilizará para dar seguimiento a la realización del Proyecto.

Mecanismos de seguimiento para el cumplimiento de las metas:

- Visitas Entrevistas Reuniones de seguimiento
 Otros: _____

Medios e instrumentos para verificar el avance de las acciones del Proyecto:

- Listas de asistencia Monitoreo del proyecto Bitácoras Otros: _____
 Informe parcial Video Fotografía

Mecanismos de evaluación de la ejecución del Proyecto:

- Listas de Asistencia Memoria fotográfica Testimonios Entrevistas Vídeo grabaciones
 Aplicación de Encuestas Otros: _____

Especifique las Acciones de rendición de cuentas que realizará para los beneficiarios del Proyecto:

***LA DOCUMENTACIÓN DEBERA SER ENTREGADA EN ORIGINAL Y 6 TANTOS PARA EL COMITÉ DICTAMINADOR, EN LA OFICINA DE VINCULACIÓN CON OSC'S, EN LA FECHA Y HORA PREVIAMENTE INDICADA VÍA CORREO ELECTRÓNICO.**

*EN CASO DE RESULTAR BENEFICIADA CON EL PROGRAMA DE APOYO FINANCIERO, LA ASOCIACIÓN DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME FINAL, RESPETANDO EL FORMATO DE COMPROBACIÓN DEL RECURSO QUE EL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN CON OSC'S HAGA LLEGAR.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACIÓN CIVIL MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON VERÍDICOS, Y SE COMPROMETE A PRESENTAR EN LAS OFICINAS DE DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL, A **MÁS TARDAR EL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 2021**, LA COMPROBACIÓN DEL RECURSO CORRESPONDIENTE.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL