GUÍA TÉCNICA

PARA LA PRESENTACIÓN

DE PROPUESTAS

2023

**TABLA DE CONTENIDO**

[INSTRUCCIONES GENERALES](#_heading=h.30j0zll) [4](#_heading=h.30j0zll)

[Forma y orden de presentación de la propuesta 4](#_heading=h.3znysh7)

[FORMULARIOS TÉCNICOS](#_heading=h.tyjcwt) [7](#_heading=h.tyjcwt)

[Formulario 1. Carta de presentación de la Propuesta 7](#_heading=h.1t3h5sf)

[Formulario 2.- Carta de Interés y Compromiso de la Organización Social 10](#_heading=h.2s8eyo1)

[Formulario 3.- Propuesta Técnica 10](#_heading=h.3rdcrjn)

1. [Datos Generales 10](#_heading=h.lnxbz9)
2. [Datos de la organización social 11](#_heading=h.1ksv4uv)
3. [Datos del/la Representante Legal 12](#_heading=h.2jxsxqh)
4. [Descripción de la Propuesta 12](#_heading=h.3j2qqm3)
5. [Experiencia general en proyectos de desarrollo social,](#_heading=h.1y810tw) [12](#_heading=h.1y810tw)
6. [Experiencia específica en temáticas de violencia basada en género hacia las](#_heading=h.4i7ojhp) [mujeres 12](#_heading=h.4i7ojhp)
7. [Casos atendidos por la organización en los último tres años](#_heading=h.2xcytpi) [13](#_heading=h.2xcytpi)
8. [Alianzas estratégicas en redes relacionadas con las temáticas de erradicación de la](#_heading=h.1ci93xb) [violencia basada en género 13](#_heading=h.1ci93xb)
9. [Experiencia en asesoría a instituciones y organizaciones en temáticas de violencia](#_heading=h.3whwml4) [basada en género 13](#_heading=h.3whwml4)
10. [Mecanismos de rendición de cuentas y transparencia de información](#_heading=h.2bn6wsx) [13](#_heading=h.2bn6wsx)
11. [Acciones de incidencia y/o participación en la construcción de política pública](#_heading=h.qsh70q) [local, provincial y/o nacional 13](#_heading=h.qsh70q)
12. [Planes desarrollados para el fortalecimiento de las capacidades técnicas del](#_heading=h.3as4poj) [personal 13](#_heading=h.3as4poj)
13. [Experiencia específica en atención y/o acogimiento a mujeres, niños, niñas y](#_heading=h.1pxezwc) [adolescentes víctimas de trata y tráfico de personas (*si aplica*) 13](#_heading=h.1pxezwc)
14. [Otra información relevante al respecto](#_heading=h.49x2ik5) [13](#_heading=h.49x2ik5)
15. [Metodología de Ejecución 15](#_heading=h.147n2zr)
16. [Mecanismos de seguimiento y evaluación 16](#_heading=h.23ckvvd)
17. [Matriz de objetivos y metas de la propuesta de la organización 16](#_heading=h.32hioqz)
18. [Matriz de actividades valoradas 18](#_heading=h.41mghml)

[Formulario Nro. 4 Propuesta Financiera 20](#_heading=h.vx1227)

* 1. [Presupuesto general de la propuesta 20](#_heading=h.1v1yuxt)
	2. [Matriz para valoración de contraparte a nivel global de la propuesta (llenar](#_heading=h.2u6wntf) [conforme corresponda a Casa o Centro) 22](#_heading=h.2u6wntf)
	3. [Cronograma Valorado 25](#_heading=h.3tbugp1)

[Formulario Nro. 5 Hoja de Vida de la Organización Social Postulante 27](#_heading=h.nmf14n)

[Formulario Nro. 6 Composición del Equipo de Trabajo 30](#_heading=h.1mrcu09)

[Formulario Nro. 7 Hoja de vida de la o el Administrador 33](#_heading=h.2lwamvv)

[Formulario Nro. 8 Hoja de vida del Equipo Técnico 37

Formulario Nro. 8.1 Hoja de vida de Profesional en Psicología Clínica 37](#_heading=h.3l18frh)

[Formulario Nro. 8.2 Hoja de vida de Profesional en Derecho 40](#_heading=h.4k668n3)

[Formulario Nro. 8.3 Hoja de vida del Profesional en Trabajo Social 43](#_heading=h.2zbgiuw)

[Formulario Nro. 8.4 Hoja de vida de la Gestora Auxiliar de Atención (Casa de Acogida) 46](#_heading=h.1egqt2p)

[Formulario Nro. 9 Medición de Condiciones e Infraestructura 49](#_heading=h.2dlolyb)

**INSTRUCCIONES GENERALES**

**Forma y orden de presentación de la propuesta**

Las propuestas deben ser presentadas en sobre cerrado con las hojas debidamente numeradas y sumilladas, y entregadas en la oficina de Unidad de Gestión de la Secretaría General del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos en la ciudad de Quito ubicada en las calles General Robles E3-33 entre Ulpiano Páez y 9 de Octubre.

A la entrega de la propuesta deberá presentarse 1 original en físico, 1 formato digital (en CD o USB).

La propuesta deberá contener siguientes documentos:

1.- Carta de presentación de la propuesta dirigida a la Máxima Autoridad del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos, suscrita por la/el representante legal de la organización social sin fines de lucro (formulario Nro.1 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

2.- Carta de Interés y compromiso suscrito por la/el representante legal de la organización social sin fines de lucro (formulario Nro.2 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

3.- Propuesta técnica (formulario Nro. 3 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

4.- Propuesta financiera (formulario Nro. 4 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

5.- Hoja de vida de la organización social sin fines de lucro postulante, debidamente justificada (formulario Nro.5 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

6.-Detalle del equipo de trabajo que especifique el número de profesionales y perfiles (formulario Nro. 6 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

7.- Hoja de vida de la persona encargada de administrar el Centro de Atención Integral o Casa de Acogida (formulario Nro.7 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas), copias simples de los certificados que acrediten experiencia y capacitación;

8.- Hoja de vida del equipo técnico de la organización social sin fines de lucro formularios Nro. 8.1 al 8.3 (Centros de Atención Integral y Casas de Acogida); y formulario 8.4 (Auxiliar Casa de Acogida - Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

9.- Copias simples de los certificados que acrediten experiencia y capacitación;

10.- Condiciones e Infraestructura (Formulario Nro. 9 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas), y,

11.- Fotografías de las instalaciones;

**Documentación Legal**

1.-Copia simple del acto administrativo de otorgamiento de la personalidad jurídica emitida por autoridad competente;

2.-Copia simple del Acta de la Asamblea General Constitutiva suscrita por todos los miembros fundadores;

3.-Copia simple del nombramiento de la Directiva vigente, en el cual conste el representante legal de la organización social sin fines de lucro;

4.-Copia simple del acta en la cual los miembros de la organización social, autorizan la firma del convenio;

5.-Copia simple del Registro Único de Contribuyentes RUC, actualizado;

6.-Certificado actualizado del estado tributario del SRI;

7.-Certificado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de no encontrarse en mora;

8.-Certificado emitido por autoridad competente de no encontrarse inmersa en un proceso de intervención, disolución o liquidación;

9.-Certificado emitido por el Servicio Nacional de Contratación Pública en el cual se indique que la organización social no ha sido declarada adjudicatario fallido o contratista incumplido;

10.-Registro de títulos profesionales del administrador o administradora, y equipo técnico, emitido por la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT);

11.-Declaración Juramentada de no tener conflicto de interés con el Estado actualizada;

12.-Copia simple del Certificado emitido por el Registro de la Propiedad o contratos de arrendamiento legalizados del lugar donde funcionarán los Centros de Atención Integral y Casas de Acogida; y,

## El sobre con la propuesta debe estar membretado de la siguiente forma:

**PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS DE ORGANIZACIONES SOCIALES QUE BRINDAN ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA A TRAVÉS DE CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CASAS DE ACOGIDA**

Ab.

Paola Flores

Ministra del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos

Presente.-

Remitente:

(Nombre del representante legal de la organización social)

(Nombre de la organización social, dirección, correo electrónico y números telefónicos)

Las propuestas deberán ser presentadas dentro del cronograma del proceso establecido en la convocatoria. Cualquier pregunta y solicitud de aclaración se realizarán a través del correo electrónico: ministerio.mujer.ec@gmail.com, dentro del plazo establecido en el cronograma del proceso.

###

Las propuestas deberán ser presentadas dentro del cronograma del proceso establecido en la convocatoria, caso contrario no se las recibirá.

### FORMULARIOS TÉCNICOS

**Formulario 1. Carta de presentación de la Propuesta**

[Lugar y fecha de emisión de la Carta]

Ab.

Paola Flores

Ministra del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos

General Robles E3-33 entre Ulpiano Páez y 9 de Octubre- Quito

De mi consideración:

Yo, *(nombres del representante legal)*, en mi calidad de Representante Legal del *nombre de la organización social con RUC No…,* adjunto la Propuesta, de conformidad con la **CONVOCATORIA**

Realizada por el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos el *(fecha de la convocatoria).*

La Propuesta contiene:

1.- Carta de presentación de la propuesta dirigida a la Máxima Autoridad del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos, suscrita por la/el representante legal de la organización social sin fines de lucro (formulario Nro.1 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

2.- Carta de Interés y compromiso suscrito por la/el representante legal de la organización social sin fines de lucro (formulario Nro.2 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

3.- Propuesta técnica (formulario Nro. 3 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

4.- Propuesta financiera (formulario Nro. 4 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

5.- Hoja de vida de la organización social sin fines de lucro postulante, debidamente justificada (formulario Nro.5 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

6.-Detalle del equipo de trabajo que especifique el número de profesionales y perfiles (formulario Nro. 6 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

7.- Hoja de vida de la persona encargada de administrar el Centro de Atención Integral o Casa de Acogida (formulario Nro.7 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas), copias simples de los certificados que acrediten experiencia y capacitación;

8 Hoja de vida del equipo técnico de la organización social sin fines de lucro formularios Nro. 8.1 al 8.3 (Centros de Atención Integral y Casas de Acogida); y formulario 8.4 (Auxiliar Casa de Acogida - Guía Técnica para la Presentación de Propuestas);

9.- Copias simples de los certificados que acrediten experiencia y capacitación;

10.- Condiciones e Infraestructura (Formulario Nro. 9 de la Guía Técnica para la Presentación de Propuestas), y,

11.- Fotografías de las instalaciones;

**Documentación Legal**

1.-Copia simple del acto administrativo de otorgamiento de la personalidad jurídica emitida por autoridad competente;

2.-Copia simple del Acta de la Asamblea General Constitutiva suscrita por todos los miembros fundadores;

3.-Copia simple del nombramiento de la Directiva vigente, en el cual conste el representante legal de la organización social sin fines de lucro;

4.-Copia simple del acta en la cual los miembros de la organización social, autorizan la firma del convenio;

5.-Copia simple del Registro Único de Contribuyentes RUC, actualizado;

6.-Certificado actualizado del estado tributario del SRI;

7.-Certificado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de no encontrarse en mora;

8.-Certificado emitido por autoridad competente de no encontrarse inmersa en un proceso de intervención, disolución o liquidación;

9.-Certificado emitido por el Servicio Nacional de Contratación Pública en el cual se indique que la organización social no ha sido declarada adjudicatario fallido o contratista incumplido;

10.-Registro de títulos profesionales del administrador o administradora, y equipo técnico, emitido por la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT);

11.-Declaración Juramentada de no tener conflicto de interés con el Estado actualizada;

12.-Copia simple del Certificado emitido por el Registro de la Propiedad o contratos de arrendamiento legalizados del lugar donde funcionarán los Centros de Atención Integral y Casas de Acogida; y,

Quien suscribe declara que toda la información y afirmaciones realizadas en esta propuesta son verdaderas, sujetas a la verificación del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

Atentamente,

Firma autorizada [completo e iniciales]: Nombre y cargo del signatario: Nombre de la Organización:

Dirección, correo electrónico y teléfono de la organización:

### Formulario 2.- Carta de Interés y Compromiso de la Organización Social

*[Lugar y fecha de emisión de la Carta]*

Ab. Paola Flores

Ministra del Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos

General Robles E3-33 entre Ulpiano Páez y 9 de Octubre - Quito

De mi consideración:

Yo, (nombres completos del representante legal), en mi calidad de Representante Legal de la (nombre de la organización social con RUC No. xxxxxxxx), manifiesto el interés de la organización de participar en el proceso de selección, transferencia de recursos públicos y funcionamiento de los Centros de Atención Integral y Casas de Acogida, para el fortalecimiento de la Atención Integral a víctimas de violencia de género en el Ecuador, y, en el caso de que la Propuesta sea aprobada, el compromiso de cumplir con todas las obligaciones establecidas en la Guía Técnica, el Instructivo y demás estipulaciones del convenio de cooperación técnico financiero, establecidos por Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos., en el marco de la Política Pública para la Atención, Prevención y Erradicación de la Violencia contra la mujer, niñas, niños y adolescentes.

Atentamente,

Firma autorizada [completa e iniciales]: Nombre y cargo del signatario:

Nombre de la Organización:

Dirección, correo electrónico y teléfono de la organización:

# Formulario 3.- Propuesta Técnica

1. **Datos Generales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1.** | **Nombre de la Propuesta:** | Fortalecimiento de la atención a víctimas de violencia de género a través de Centro de Atención Integral /Casa de Acogida de la Organización Social sin fines de lucro XXX,ubicado en (indicar el cantón/provincia) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.2.** | **Organización social:** | Nombre de la organización social |
| **1.3.** | **Entidades cooperantes:** | Detalle de instituciones y/u organizaciones queapoyan financieramente a la organización social |
| **1.4.** | **Monto total de la propuesta:** | **Monto solicitado al MMDH:** $…...........**Monto de contraparte:** $....................**Monto total de la Propuesta:** $................... |
| **1.5.** | **Cobertura de la propuesta:** | **Parroquia/s: Cantón/es:****Provincia:** |
| **1.6.** | **Plazo** | Desde la fecha de suscripción del convenio hastael 31 de diciembre de 2023 |
| **1.7.** | **Modalidad de atención:** | Estamos postulando para Centro de Atención y/oCasa de Acogida |
| **1.8.** | **Alineación a las Políticas Públicas Nacionales e Institucionales** | Constitución de la República de EcuadorLey Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y su ReglamentoPlan Nacional de DesarrolloPlan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia |

1. **D****atos de la organización social**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1.** | **Nombre de la organización social:** |  |
| **2.2.** | **Acuerdo Ministerial de creación de****la organización solicitante:** |  |
| **2.3.** | **RUC de la organización solicitante:** |  |
| **2.4.** | **Dirección completa:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.5.** | **Teléfonos:** fijos y celulares: |  |
| **2.6.** | **Correo electrónico:** |  |
| **2.7.** | **Código postal:** |  |
| **2.8.** | **Descripción de la experiencia de la****organización solicitante:** |  |
| **2.9.** | **Infraestructura, mobiliario y****equipamiento:** |  |

1. **Datos del/la Representante Legal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1.** | **Nombre del o la Representante****legal:** |  |
| **3.2.** | **Cédula de identidad:** |  |
| **3.3.** | **Dirección domiciliaria:** |  |
| **3.4.** | **Teléfono convencional:** |  |
| **3.5.** | **Teléfono celular:** |  |
| **3.6.** | **Correo electrónico:** |  |

1. **Descripción de la Propuesta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1** | **Presentación:** | Hacer alusión a la convocatoria y las razones por las que la organización social aplica a la misma.Detallar:1. Experiencia general en proyectos de desarrollo social,
2. Experiencia específica en temáticas de violencia basada en género hacia las mujeres

(Máximo 1 página). |
| **4.2** | **Justificación:** | Referirse a los principios constitucionales y de la norma jurídica pertinente, a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y otros (máximo 400 caracteres).Analizar la problemática en base a los datos de la provincia en la que se ejecutará la Propuesta. Puede utilizar entre otros los datos de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género realizada en 2019, por el INEC (máximo 1 página) |
| **4.3** | **Descripción de la propuesta que presenta** |
| **4.4** | **Objetivo General:** |  |
| **4.5** |  **Objetivos Específicos:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.6** | **Experiencia de la organización:** | Describir narrativamente (máximo 2 páginas):1. Casos atendidos por la organización en los últimos tres años.
2. Alianzas estratégicas en redes relacionadas con las temáticas de erradicación de la violencia basada en género.
3. Experiencia en asesoría a instituciones y organizaciones en temáticas de violencia basada en género.
4. Mecanismos de rendición de cuentas y transparencia de información.
5. Acciones de incidencia y/o participación en la construcción de política pública local, provincial y/o nacional.
6. Planes desarrollados para el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal.
7. Experiencia específica en atención y/o acogimiento a mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de trata y tráfico de personas (*si aplica*).
8. Otra información relevante al respecto.
 |
| **4.7** | **Demanda potencial:** | Detallar numéricamente la demanda estimada cantonal, provincial y/o regional, según el alcance de la propuesta, con su debido sustento. |
| **4.8** | **Población Beneficiaria:** | Detallar número de víctimas directas e indirectas que serán beneficiarias por las acciones del Centro de Atención Integral y/o Casa de Acogida *(Si atiende en las dos modalidades – centro de atención y acogimiento) la información deberá desagregarse por cada modalidad).* |
| **Beneficiarios/as de ATENCIÓN Planificada en base a propuesta** Es la suma de BD + BI |
| **Nro.** | **Usuarios(as)/ Beneficiarios(as)** | **Lo planificado (usuarias)** | **Lo Planificado (atenciones por****usuaria)** |
| 4.8.1. | **Beneficiarios-as directos-as:** |  |  |
| 4.8.1.1 | Número de usuarias y número de atenciones por usuariasNuevas |  |  |
| 4.8.1.2 | Número de usuarias en atención continua y número deAtenciones |  |  |
| **4.8.2** | **Beneficiarios-as indirectos-as:** |  |  |
| 4.8.2.1 | Número de usuarias nuevas y atenciones por usuarias |  |  |
| 4.8.2.2 | Número de usuarias en atención continua y número deAtenciones |  |  |
| **Beneficiarios/as totales de ATENCIÓN** (Es la suma de BD + BI) |  |  |
| **Beneficiarios-as de Prevención y Erradicación de la violencia** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nro.** | **Usuarios(as)/ Beneficiarios(as)** | **Lo planificado** |
| 4.8.3 | Número de personas que participarán en eventos desensibilización. |  |
| **Beneficiarios-as totales de Prevención y Erradicación de la violencia** |  |

###  En referencia a la descripción de beneficiarios/as:

**Casas de Acogida**

**Beneficiarios directos/as:** Número de usuarios acogidos que participan directamente en la interacción con la/el profesional, recibiendo el apoyo de manera particular, y, por consiguiente, recibirán todos los servicios disponibles en la Casa de Acogida. Incluye mujeres con sus hijas e hijos menores de edad.

**Beneficiarios indirectos/as:** Familiares y allegados que reciben apoyo, pero sin ser principales receptores de la atención. El objetivo es que puedan constituir una red de soporte para los beneficiarios directos.

**Centros de atención**

**Beneficiarios/as directos/as:** Mujeresvíctimas directas de violencia de género que reciben atención de los centros.

**Beneficiarios indirectos/as:** Víctimas colaterales de la violencia de género perpetrada contra la víctima directa que reciben atención del centro.[[1]](#footnote-1)

Tanto en Casas de Acogida como en Centros de atención se considerarán usuarios nuevos aquellos que ingresen en el mes reportado en el informe. Tanto en Casas de Acogida como en Centros de atención se considerarán continuos aquellos que llevan más de un mes de acogida o atención respectivamente.

**Beneficiarios-as de Prevención y Erradicación de la violencia.**

1. **Número de personas que participan en eventos** de concientización, foros, marchas, caminatas, entre otras de distinto orden vinculadas a la violencia
	1. **Metodología de Ejecución**

***(DATOS LLENADOS COMO EJEMPLO)*** *Puede por ejemplo tomar descripción del modelo de atención a mujeres víctimas de violencia.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.1.** | **Enfoques:** | Describir de forma sucinta los enfoques de trabajo para la atención a las víctimas de violencia (género, derechos humanos e interculturalidad, etc.). Máximo 1 página. |
| **5.2.** | **Ruta de atención:** | Describir de forma sucinta los enfoques de trabajo para la atención a las víctimas de violencia (género, derechos humanos e interculturalidad, etc.). Máximo 1 página. |
| **5.3.** | **Equipo técnico:** | Señalar el número de profesionales y el cargo con el cual ejecutará la Propuesta. Incluya los financiados por la MMDH y otros recursos bajo el siguiente formato:El equipo técnico y humano estará conformado por (Número de funcionarias/os) profesionales:**Financiados por el MMDH:**1. (Número de funcionarias/os) Administradora, con roles y funciones establecidas para garantizar la coordinación interna y externa para un servicio integral y de calidad.
2. (Número de funcionarias/os) Profesional en derecho litigante con roles y funciones establecidas para el asesoramiento y patrocinio de casos uno para la atención in situ y para las itinerancias a la zona rural.
3. (Número de funcionarias/os) Profesional en psicología clínica con funciones y roles establecidas para acompañar y orientar los nuevos proyectos de vida con procesos sostenidos terapéuticos para el agresor, el o la víctima.
4. (Número de funcionarias/os) Profesional en Trabajo Social con roles y funciones establecidos para acompañar en el área social.
5. (Número de funcionarias/os) Gestora Auxiliar de Atención con roles y funciones establecidos para acompañar en el área social.

**Financiados por otras fuentes:**El equipo técnico y humano estará conformado por (Número de funcionarias/os) profesionales:Detallar profesionales contratados con otras fuentes. |
| **5.4.** | **Formas de autocuidado del equipo técnico:** | Describir los mecanismos que se aplican en el Centro o Casa para el autocuidado del equipo técnico, máximo 1 página. |
| **5.5.** | **Estrategias para alcanzar las metas:** | Detallar las estrategias a emplearse para alcanzar las metas planteadas, máximo media página. |

* 1. **Mecanismos de seguimiento y evaluación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.1.** | **Mecanismos de seguimiento y****evaluación técnica:** | Describir cómo la organización plantea un mecanismo de seguimiento y evaluación técnica interna. |
| **6.2.** | **Mecanismos de seguimiento y evaluación financiera:** | Describir cómo la organización plantea un mecanismo de seguimiento y evaluación financiera interna. |
| **6.3.** | **Transparencia y rendición de cuentas:** | Describir cómo la organización realizará la rendición de cuentas y/o establecerá los mecanismos de transparencia de información en cuanto al uso de los recursos públicos otorgados por el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos. . |

* 1. **Matriz de objetivos y metas de la propuesta de la organización**

|  |
| --- |
| **Objetivo 1. Garantizar el acceso a la atención integral a niñas, niños, adolescentes y mujeres en situación****de violencia de género.** |
| **Lineamiento de Política** | **Meta Planificada** | **Medio de verificación** | **Supuestos** |
| Brindar atención integral al mayor número de personas beneficiarias de los servicios que se brindan en los Centros de Atención Integral y las Casas de Acogida a nivel nacional. |  | Matriz para registro deusuarias/os. |  |
| Matriz consolidada deusuarias/os directas/os . |
| Ficha consolidada de atenciones totales brindadas por área profesional. |
| Fichas de atencionesindividuales de cada profesional. |
| Expedientes por usuaria/o. |
| Ampliar la cobertura geográfica, a nivel urbano y rural, de la atención y protección a víctimas de violencia degénero a nivel nacional. |  | Informes técnicos de ejecución. |  |
| Garantizar el número de profesionales para la atención integral a víctimas de violencia degénero. |  | Contratos de los profesionales. |  |
| Promocionar a nivel de la ciudadanía en general, la atención y protección avíctimas de violencia. |  | Informe de Actividades de la Administradora. |  |
| **Objetivo 2. Contribuir a la reparación y restitución de derechos de las víctimas de violencia de género.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Realizar seguimiento a los casos que se procesan en los Centros de Atención Integral y Casas de Acogida, para garantizar la reparación y restitución del derecho de las víctimas a una vida libre de violencia. |  | Demandas y denuncias presentadas. |  |
| Sentencias y resoluciones. |
| Informe mensual del área legal (Estado anterior / estado actual de los casos). |
| Ficha de atención legal. |
| Promover la coordinación interinstitucional, a través de redes locales y mesas especializadas, para garantizar la resolución de los casos y la no impunidad. |  | Invitaciones, Actas de Reuniones oficiales. |  |
| Registro de firmas de asistencia/participación. |
| Fotografías de las reuniones. |
| Memorias de las reuniones. |
| **Objetivo 3. Contribuir a la transformación de los patrones socio-culturales que naturalizan la violencia de género.** |
| Realizar campañas de sensibilización a la ciudadanía en general sobre las causas, manifestaciones, características y efectos de la violencia de género. |  | Invitación o convocatoria al evento o campaña. |  |
| Registro fotográfico con fecha dela participación. |
| Informe del evento. |

* 1. **Matriz de actividades valoradas**

**FORMATO PARA CASA DE ACOGIDA**

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES POR OBJETIVO** |
| **Objetivo 1. Garantizar el acceso a la atención integral a niñas, niños, adolescentes y mujeres en situación de violencia de género.** |
| **Actividades** | **Monto** | **Medios de verificación** |
| **Actividad 1.1** Atención legal, social y psicológica a víctimas de violencia de género. | USD 00.000,00 | Contratos de XX profesionales |
| **Actividad 1.2** Movilización de los/as profesionales del equipo para el acompañamiento a Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes víctimasde violencia de género. | USD 0.000,00 | Informes de viaje, facturas, hojas de Ruta. |
| **Actividad 1.3** Alimentación. | USD 00.000,00 | Facturas, número de personas a quienes se proporcionó la alimentación en la casa, número de veces que se brindó la alimentación por día y por mes y guías de requerimientos |
| **Actividad 1.4** Implementos de limpieza, aseo personal, salud menstrual y bioseguridad. | USD 0.000,00 | Facturas y guías de requerimientos |
| **Actividad 1.5** Otros costos operativos. | USD 0.000,00 | Contratos, facturas, entre otros. |
| **Actividad 1.6** Capacitación interna y autocuidado | USD 0.000,00 |  |
| **TOTAL OBJETIVO 1** | **USD 000.000,00** |

**FORMATO PARA CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL**

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES POR OBJETIVO** |
| **Objetivo 1. Garantizar el acceso a la atención integral a niñas, niños, adolescentes y mujeres en situación de violencia de género.** |
| **Actividades** | **Monto** | **Medios de verificación** |
| **Actividad 1.1** Atención legal, social y psicológica a víctimas de violencia de género. | USD 00.000,00 | Contratos de XX profesionales |
| **Actividad 1.2** Movilización de los/as profesionales del equipo para el acompañamientoa Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de violencia de género. | USD 0.000,00 | Informes de viaje, facturas, hojas de Ruta. |
| **Actividad 1.3** Otros costos operativos. | USD 0.000,00 | Contratos, facturas, entre otros. |
| **Actividad 1.4** Capacitación interna y autocuidado | USD 0.000,00 |  |
| **TOTAL OBJETIVO 1** | **USD 00.000,00** |

Declaro que toda la información consignada en la presente ficha es fidedigna, por lo que corresponde a la realidad de la organización a la cual represento. Al efecto se adjunta la documentación de respaldo.

Acepto que en caso de que el contenido de la presente declaración no corresponda a la verdad, el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos:

1. Descalifique a la organización que represento, y
2. Se emita certificación de imposibilidad de suscribir convenio con el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

### FIRMA

**NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE DE ORGANIZACIÓN**

# Formulario Nro. 4 Propuesta Financiera

* 1. **Presupuesto general de la propuesta**

De la Matriz de Actividades valoradas, traslade la información a la columna 2 (ACTIVIDAD). En la columna siguiente desglose la Actividad. A continuación, registre el Costo Unitario y el Costo total para el período de ejecución de la Propuesta. (Desde el XX de XXXX al 31 de diciembre de 2023).

**FORMATO PARA CASAS DE ACOGIDA**

|  |
| --- |
| **Objetivo 1. Garantizar el acceso a atención integral a niñas, niños, adolescentes y mujeres en situación de violencia de género.** |
| **ACTIVIDAD** | **DETALLE / DESGLOSE DE ACTIVIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL DEL PERÍODO DE EJECUCIÓN DE LA****PROPUESTA** |
| **Actividad 1.1** Contratación del equipo de profesionales para la atención integral a víctimas de violencia de género. | (XX) Administradora. |  |  |
| (XX) Profesional en Derecho. |  |  |
| (XX) Profesional en Trabajo Social. |  |  |
| (XX) Profesional en Psicología Clínica. |  |  |
| (XX) Gestora Auxiliar de Atención. |  |  |
| **Actividad 1.2** Movilización de los/as profesionales del equipo para el acompañamiento a Mujeres, Niñas,Niños y Adolescentes víctimas de violencia de género. | Movilización local, provincial, nacional.. |  |  |
| **Actividad 1.3** Adquisición de alimentos y víveres | Alimentos, bebidas. |  |  |
| **Actividad 1.4** Implementos de limpieza, cuidado personal, salud menstrual y bioseguridad | Detergente, desinfectante, jabón de tocador, pañales, papel higiénico, toallas sanitarias, tampones, alcohol antiséptico,mascarillas, entre otros (*detallar en la propuesta*). |  |  |
| **Actividad 1.5** Capacitación interna y autocuidado del personal | Talleres de capacitación y procesos de autocuidado. |  |  |

**FORMATO PARA CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL**

|  |
| --- |
| **Objetivo 1. Garantizar el acceso a la atención integral a niñas, niños, adolescentes y mujeres en situación de violencia de género.** |
| **ACTIVIDAD** | **DETALLE/DESGLOSE DE ACTIVIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL DEL PERÍODO DE EJECUCIÓN DE LA****PROPUESTA** |
|  | (XX) Administradora. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Actividad 1.1** Contratación del equipo de profesionales para la atención legal, social y psicológica a víctimas de violencia de género | (XX) Profesional en Derecho. |  |  |
| (XX) Profesional en Trabajo Social. |  |  |
| (XX) Profesional Psicóloga Clínica. |  |  |
| **Actividad 1.2** Movilización de los/as profesionales del equipo para el acompañamiento a Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes víctimas deviolencia de género. | Movilización local, provincial, nacional. |  |  |
| **Actividad 1.3** Capacitación interna y autocuidado del personal | Talleres de capacitación y procesos de autocuidado. |  |  |

* 1. **Matriz para valoración de contraparte a nivel global de la propuesta (llenar conforme corresponda a Casa o Centro)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUENTES DE FINANCIAMIENTO/****CONCEPTOS** | **Nº DE PROFESIONA-LES** | **MINISTERIO DE LA MUJER Y DERECHOS****HUMANOS** | **OTRAS INSTITUCIO-****NES****PÚBLICAS** | **FONDOS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL\*** | **COOPERACIÓN MULTILATERAL/BILATERAL\*\*** | **VOLUNTARIOS****/AS** | **APOR-****TES****SOCIOS** | **AUTO-****GESTIÓN** |
| **COSTO POR PROFESIONALES** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administrador/a (obligatorios). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Profesional en Psicología Clínica(obligatorio). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Profesional en Derecho (obligatorio). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Profesional en Trabajo Social(obligatorio). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gestora Auxiliar de Atención (obligatorias). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Contador/a (opcional). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Secretario/a (opcional). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Auxiliar de Servicios (Conserje, Mensajero, etc.) (opcional). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Servicio de Guardianía (opcional). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Personal Voluntario (opcional). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Personal Pasante (opcional) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros Profesionales (opcional - detallar). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **COSTO ANUAL POR****ALIMENTACIÓN (solo para Casas de Acogida)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adquisición de alimentos parabeneficiarias/os de la Casa de Acogida. |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COSTO ANUAL POR****MOVILIZACIÓN** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastos por movilización de los/as profesionales del equipo para el acompañamiento a Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de violencia de género para el cumplimiento del objeto del Convenio. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **COSTO ANUAL POR****CAPACITACIÓN INTERNA** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pago de capacitaciones al personal y equipo técnico. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FUENTES DE FINANCIAMIENTO/CONCEPTOS** | **NRO. DE PROFESIONA LES** | **MINISTERIO DE LA MUJER Y DERECHOS****HUMANOS** | **OTRAS INSTITUCIO NES****PÚBLICAS** | **FONDOS DE COOPERACION INTERNACIONAL\*** | **COOPERACIÓN MULTILATERAL/BIL ATERAL\*\*** | **VOLUNTARIO S/AS** | **APORT ES SOCIOS** | **AUTOGESTI ÓN** |
| **OTROS VALORES A CARGO DE LA CONTRAPARTE** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pagos alquiler de oficinas – locales. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de Servicio de Luz eléctrica. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de Servicio de Agua. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de Servicio de Teléfono. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de internet. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pagos por impuestos. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Costos financieros. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Costos por correo y mensajería. |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Compra de suministros y materiales de oficina. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Compra de suministros de aseo y limpieza |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mantenimiento y limpieza del inmueble. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mantenimiento de equipos. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros gastos (Detallar). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ACTIVOS DE LA ORGANIZACIÓN** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bienes Inmuebles (Avalúo catastral). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bienes Muebles. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Equipos de oficina. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Equipos de computación. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vehículos. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros (Detallar). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **COSTOS TOTALES POR****COOPERANTE** |  | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** |
| **TOTAL** | **$ 0,00** |

**Nota:**

|  |  |
| --- | --- |
| \*COOPERACIÓN INTERNACIONAL: | Fondos privados: ONG/ Fundaciones privadas internacionales; Empresas multinacionales o que operan internacionalmente e Individuos que realizan donaciones desde el exterior al país receptor. |
| \*\*COOPERACIÓN MULTILATERAL/BILATERAL: | Fondos públicos: SISTEMA DE NACIONES UNIDAS -ACNUR-PNUD-UNFPA-UNICEF-OIM, etc. y/o cooperación de agencias de países (GIZ, Cooperación Española, Noruega, Suiza, etc.). |
| Fondos privados nacionales: | Universidades, bancos, empresas nacionales (por ejemplo: La Favorita). |

* 1. **Cr****onograma Valorado**

Incluya en el cronograma valorado el costo mensual de las actividades. En el pago a profesionales y personal de apoyo, recuerde calcular los beneficios de ley, las retenciones y demás descuentos hasta sumar el total del valor financiado por año o menos si es el caso.

Nota: Incluya las filas que requiera.

**FORMATO PARA CASAS DE ACOGIDA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **DESCRIPCIÓN** | **#** | **DEL 01 AL 31 ENERO** | **DEL 01 AL****28****FEBRERO** | **DEL 01 AL****31****MARZO** | **DEL 01 AL****30****ABRIL** | **DEL 01 AL****31****MAYO** | **DEL 01 AL****30****JUNIO** | **DEL 01 AL****31****JULIO** | **DEL 01 AL****31****AGOSTO** | **DEL 01 AL 30 SEPTIEMBRE** | **DEL 01 AL****31****OCTUBRE** | **DEL 01 AL 30 NOVIEMBRE** | **DEL 01 AL****31****DICIEMBRE** | **TOTALES** |
| **REMUNERACIÓN DEL EQUIPO DE LA CASA** | **ADMINISTRADORA** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROFESIONAL EN DERECHO** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA****CLÍNICA** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **GESTORA AUXILIAR DE GESTIÒN** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PARCIAL 1** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CAPACITACION INTERNA Y AUTOCUIDADO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MOVILIZACIÓN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALIMENTACIÓN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ARTÍCULOS DE CUIDADO PERSONAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PARCIAL 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL MENSUAL (PARCIAL 1+2)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL CASA** **AÑO 2023** |  |

**FORMATO PARA CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **DESCRIPCIÓN** | **#** | **DEL 01****AL 31 ENERO** | **DEL 01****AL 28 FEBRERO** | **DEL 01****AL 31 MARZO** | **DEL 01****AL 30 ABRIL** | **DEL 01****AL 31 MAYO** | **DEL 01****AL 30 JUNIO** | **DEL 01 AL****31****JULIO** | **DEL 01****AL 31 AGOSTO** | **DEL 01 AL 30 SEPTIEMBRE** | **DEL 01 AL****31****OCTUBRE** | **DEL 01 AL 30 NOVIEMBRE** | **DEL 01 AL****31****DICIEMBRE** | **TOTALES** |
| **REMUNERACION DEL EQUIPO 1** | **ADMINIST****RADORA** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROFESIONAL EN DERECHO** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROFESIONALEN****TRABAJO SOCIAL** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PARCIAL 1** | **XX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CAPACITACION Y AUTOCUIDADO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MOVILIZACIÓN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PARCIAL 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL MENSUAL (PARCIAL 1+2)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL CENTRO** **AÑO 2023** |  |

Declaro que toda la información consignada en la presente ficha es fidedigna, por lo que corresponde a la realidad de la organización a la cual represento. Al efecto se adjunta la documentación de respaldo.

Acepto que en caso de que el contenido de la presente declaración no corresponda a la verdad, y que el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos:

1. Descalifique a la organización que represento, y
2. Se emita certificación de imposibilidad de suscribir convenio con el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

### FIRMA

**NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE DE ORGANIZACIÓN**

# Formulario Nro. 5 Hoja de Vida de la Organización Social Postulante

**Nombre de la organización:**

**Ruc:**

**Fecha de creación:**

**Organización reconocida por:**

* 1. **EXPERIENCIA GENERAL EN PROYECTOS DE DESARROLLO SOCIAL:**

Señale la experiencia organizacional:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE DE PROYECTO/ PROGRAMA** | **PRINCIPALES ACTIVIDADES** | **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** | **DURACIÓN** |
| **INICIO****(mm/aa)** | **FIN****(mm/aa)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

* 1. **EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN TEMÁTICA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO:**

Señales consultorías, investigaciones, capacitación, atención a mujeres víctimas de violencia, etc.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE DE PROYECTO / PROGRAMA** | **PRINCIPALES ACTIVIDADES** | **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** | **DURACIÓN** |
| **INICIO****(mm/aa)** | **FIN****(mm/aa)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

* 1. **PUBLICACIONES ORGANIZACIONALES EN EL TEMA ESPECÍFICO DE DERECHOS HUMANOS, VIF Y GÉNERO** (libros, monografías y artículos - no incluir informes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN Y AÑO DE PUBLICACIÓN** | **AUTOR/A (Apellido(s), Iniciales del nombre)** | **Lugar de Publicación: Editorial/link** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

* 1. **PARTICIPACION EN REDES, COLECTIVOS, MOVIMIENTOS, ASOCIACIONES Y/U ORGANACIONES LOCALES, NACIONALES O INTERNACIONALES, ESPECIALIZADAS EN PREVENCIÒN Y ERRADICACIÒN DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÈNERO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE DE RED,** |  | **NIVEL DE** | **Periodo de** |  |
| **COLECTIVO,** | **PRINCIPALES** | **ACTUACIÒN** | **participación** |
| **MOVIMIENTO Y/O** | **ACTIVIDADES** | **(local / nacional /** | **INICIO** | **FINAL** |
| **ASOCIACION** |  | **internacional)** | **(mm/aa)** | **(mm/aa)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

* 1. **PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ENTIDAD QUE OTORGA EL PREMIO / RECONOCIMIENTO** | **OBJETO DEL PREMIO / RECONOCIMIENTO** | **FECHA** |  |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

* 1. **OTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES**

Acciones relevantes que evidencien la capacidad de incidencia en territorio para contribuir a la erradicación de la violencia basada en género (justificar dos años y medio).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROYECTO** | **OBJETIVO** | **LOGROS** | **PERIODO** |
| **INICIO****(mm/aa)** | **FIN****(mm/aa)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

Declaro que toda la información consignada en la presente ficha es fidedigna, por lo que corresponde a la realidad de la organización a la cual represento. Al efecto se adjunta la documentación de respaldo.

Acepto que en caso de que el contenido de la presente declaración no corresponda a la verdad, el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos:

* + 1. Descalifique a la organización que represento, y
		2. Se emita certificación de imposibilidad de suscribir convenio con el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

### FIRMA

### NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL

### NOMBRE DE ORGANIZACIÓN

# Formulario Nro. 6 Composición del Equipo de Trabajo

**COMPOSICIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO DESTINADO A LA PROPUESTA FINANCIADA POR EL MINISTERIO DE LA MUJER Y DERECHOS HUMANOS**

**FORMATO PARA CASA DE ACOGIDA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.****REQUERIDO** | **CARGO A****DESEMPEÑAR** | **FUNCIONES** | **NOMBRES Y****APELLIDOS** | **NÚMERO DE****CÉDULA** |
| XX | ADMINISTRADORA |  |  |  |
|  |
|  |
| XX | PROFESIONAL EN DERECHO |  |  |  |
|  |
|  |
| XX | PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA |  |  |  |
|  |
|  |
| XX | PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL |  |  |  |
|  |
|  |
| XX | GESTORA AUXILIAR DE ATENCIÓN |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Se requieren (xx) Equipo Técnico conformado por: (xx) Administradora (xx) Profesional en Derecho, (xx) Profesional en Psicología Clínica (xx) Profesional en Trabajo Social, (XX) Gestora Auxiliar de Atención. Declaro que toda la información consignada en la presente ficha es fidedigna, por lo que corresponde a la realidad de la organización a la cual represento. Al efecto se adjunta la documentación de respaldo.

Acepto que en caso de que el contenido de la presente declaración no corresponda a la verdad, el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos:

1. Descalifique a la organización que represento; y,
2. Se emita certificación de imposibilidad de suscribir convenio con el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

### FIRMA

**NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE DE ORGANIZACIÓN**

**FORMATO PARA CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.****REQUERIDO** | **CARGO A DESEMPEÑAR** | **FUNCIONES** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **NÚMERO DE CÉDULA** |
| XX | ADMINISTRADORA |  |  |  |
|  |
|  |
| XX | PROFESIONAL EN DERECHO |  |
|  |
|  |
| XX | PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA |  |  |  |
|  |
|  |
| XX | PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL |  |  |  |
|  |
|  |

Se requieren (xx) Equipo Técnico conformado por: (xx) Administradoras, (xx) Profesional en Derecho, (xx) Profesional en Psicología Clínica (xx) Profesional en Trabajo Social, para el Centro de Atención Integral.

Declaro que toda la información consignada en la presente ficha es fidedigna, por lo que corresponde a la realidad de la organización a la cual represento. Al efecto se adjunta la documentación de respaldo.

Acepto que en caso de que el contenido de la presente declaración no corresponda a la verdad, el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos:

1. Descalifique a la organización que represento; y,
2. Se emita certificación de imposibilidad de suscribir convenio con el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

### FIRMA

**NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE DE ORGANIZACIÓN**

# Formulario Nro. 7 Hoja de vida de la o el Administrador

* 1. DATOS PERSONALES:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos:** |  |
| **Lugar y fecha de nacimiento:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Nro. de cédula o pasaporte:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |

* 1. FORMACIÓN PROFESIONAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudio realizado** | **Especialidad o****Área** | **Universidad o****Instituto** | **Fecha de registro****(Mes/ Año)** |
| Título de Grado |  |  |  |
| 1.2 Maestría en rama afín1 |  |  |  |
| 1.3Otros seminarios, cursos, talleres, etc., relacionadoscon la temática del proyecto |  |  |  |

Adjuntar registro SENESCYT.

* 1. DETALLE DE CAPACITACIONES RECIBIDAS (CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN RELACIÓN A LA LABOR QUE REALIZARÁ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución**  | **Tipo de evento** | **Área de estudios**  | **Nombre del Evento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados

* 1. EXPERIENCIA PROFESIONAL
		1. Experiencia Específica

1 Se refiere a maestrías concluidas y con título. No se considerará válido el egreso.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o nombre del****proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del trabajo****realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales

* + 1. Experiencia General

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o****nombre del proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del****trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio (mes/año)** | **Fin (mes/año)** | **Tiempo (meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales

* 1. REFERENCIAS LABORALES(Detalle las referencias laborales correspondientes a las tres últimas instituciones donde trabajó)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contratante** | **Nombre del****supervisor** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. IDIOMAS(Detalle los idiomas que habla, escribe y/o lee (Internacionales o propios de las nacionalidades y pueblos)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Idiomas** | **Lee** | **Escribe** | **Habla** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

* 1. OTRAS HABILIDADES/COMPETENCIAS
1.
2.
3.



### DISCAPACIDAD SI NO (marque con una X donde corresponda)

* 1. **QUÉ TIPO (**discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial.)
	2. CARNET DEL CONADIS Nº

### FIRMA:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL/LA PROFESIONAL**

### Cédula o Pasaporte: Fecha:

# Formulario Nro. 8

# 8.1 Hoja de vida de Profesional en Psicología Clínica

1. DATOS PERSONALES:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos:** |  |
| **Lugar y fecha de nacimiento:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Nro. de cedula o pasaporte:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |

1. FORMACIÓN PROFESIONAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudios realizados** | **Especialidad o área** | **Universidad o****institución** | **Fecha de emisión del****Título (mes/Año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar registro SENESCYT y MSP.

1. DETALLE DE CAPACITACIONES RECIBIDAS (CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN RELACIÓN A LA LABOR QUE REALIZARÁ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución**  | **Tipo de evento** | **Área de estudios**  | **Nombre del Evento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados

1. EXPERIENCIA PROFESIONAL
	1. Experiencia Específica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o nombre del****proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del trabajo****realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales

* 1. Experiencia General

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o nombre del proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio (mes/año)** | **Fin (mes/año)** | **Tiempo (meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales

1. REFERENCIAS LABORALES(Detalle las referencias laborales correspondientes a las tres últimas instituciones donde trabajó)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contratante** | **Nombre del supervisor** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. IDIOMAS(Detalle los idiomas que habla, escribe y/o lee (Internacionales o propios de las nacionalidades y pueblos)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Idiomas** | **Lee** | **Escribe** | **Habla** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

1. OTRAS HABILIDADES/COMPETENCIAS
2.
3.
4.

### DISCAPACIDAD SI NO (marque con una X donde corresponda)

1. **QUÉ TIPO (**discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial.)
2. CARNET DEL CONADIS Nº

### FIRMA:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL/LA PROFESIONAL**

### Cédula o Pasaporte: Fecha:

# Formulario Nro. 8.2 Hoja de vida de Profesional en Derecho.

1. DATOS PERSONALES:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos** |  |
| **Lugar y fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Nro. de cédula o pasaporte** |  |
| **Dirección** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

1. FORMACIÓN PROFESIONAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudios realizados** | **Especialidad o área** | **Universidad o****institución** | **Fecha de emisión del****Título (mes/Año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar registro SENESCYT y matrícula o registro de Profesional en Derecho.

1. DETALLE DE CAPACITACIONES RECIBIDAS (CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN RELACIÓN A LA LABOR QUE REALIZARÁ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución**  | **Tipo de evento** | **Área de estudios**  | **Nombre del Evento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados.

1. EXPERIENCIA PROFESIONAL
	1. Experiencia Específica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o nombre del****proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del trabajo****realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

* 1. Experiencia General

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o****nombre del proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del****trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

1. REFERENCIAS LABORALES(Detalle las referencias laborales correspondientes a las instituciones donde trabajó)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contratante** | **Nombre del****supervisor** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

1. IDIOMAS(Detalle los idiomas que habla, escribe y/o lee (Internacionales o propios de las nacionalidades y pueblos)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Idiomas** | **Lee** | **Escribe** | **Habla** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

1. OTRAS HABILIDADES/COMPETENCIAS
2.
3.
4.



###  DISCAPACIDAD SI NO (marque con una X donde corresponda)

1. **QUÉ TIPO (**discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial.)
2. CARNET DEL CONADIS Nº

### FIRMA:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL/LA PROFESIONAL**

### Cédula o Pasaporte: Fecha:

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

#

# Formulario Nro. 8.3 Hoja de vida del Profesional en Trabajo Social

1. DATOS PERSONALES:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos** |  |
| **Lugar y fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Nro. de cedula o pasaporte** |  |
| **Dirección** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

1. FORMACIÓN PROFESIONAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudios realizados** | **Especialidad o área** | **Universidad o****institución** | **Fecha de emisión del****Título (mes/Año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar registro SENESCYT.

1. DETALLE DE CAPACITACIONES RECIBIDAS (CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN RELACIÓN A LA LABOR QUE REALIZARÁ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución**  | **Tipo de evento** | **Área de estudios**  | **Nombre del Evento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados.

1. EXPERIENCIA PROFESIONAL
	1. Experiencia Específica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o****nombre del proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del****trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

* 1. Experiencia General

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o nombre del****proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del trabajo****realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

1. REFERENCIAS LABORALES(Detalle las referencias laborales correspondientes a las tres últimas instituciones donde trabajó)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contratante** | **Nombre del****supervisor** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. IDIOMAS(Detalle los idiomas que habla, escribe y/o lee (Internacionales o propios de las nacionalidades y pueblos)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Idiomas** | **Lee** | **Escribe** | **Habla** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

1. OTRAS HABILIDADES/COMPETENCIAS
2.
3.
4.

### DISCAPACIDAD SI NO (marque con una X donde corresponda)

* 1. **QUÉ TIPO (**discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial.)
	2. CARNET DEL CONADIS Nº

### FIRMA:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL/LA PROFESIONAL**

### Cédula o pasaporte: Fecha:

#

# Formulario Nro. 8.4 Hoja de vida de la Gestora Auxiliar de Atención (Casa de Acogida)

1. DATOS PERSONALES:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos** |  |
| **Lugar y fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Nro. de cédula o pasaporte** |  |
| **Dirección** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

1. FORMACIÓN PROFESIONAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudios realizados** | **Especialidad o área** | **Universidad o****institución** | **Fecha de emisión del****Título (mes/Año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar registro SENESCYT.

1. DETALLE DE CAPACITACIONES RECIBIDAS (CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN RELACIÓN A LA LABOR QUE REALIZARÁ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución**  | **Tipo de evento** | **Área de estudios**  | **Nombre del Evento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados.

1. EXPERIENCIA PROFESIONAL
	1. Experiencia Específica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o****nombre del proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del****trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

* 1. Experiencia General

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante o entidad** | **Cargo o nombre del****proyecto** | **Número telefónico** | **Descripción del trabajo****realizado** | **Período de trabajo** |
| **Inicio****(mes/año)** | **Fin****(mes/año)** | **Tiempo****(meses)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adjuntar copia de certificados laborales.

1. REFERENCIAS LABORALES(Detalle las referencias laborales correspondientes a las tres últimas instituciones donde trabajó)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contratante** | **Nombre del****supervisor** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. IDIOMAS(Detalle los idiomas que habla, escribe y/o lee (Internacionales o propios de las nacionalidades y pueblos)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Idiomas** | **Lee** | **Escribe** | **Habla** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

1. OTRAS HABILIDADES/COMPETENCIAS
2.
3.
4.

### DISCAPACIDAD SI NO (marque con una X donde corresponda)

1. **QUÉ TIPO (**discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial.)
2. CARNET DEL CONADIS Nº

### FIRMA:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL/LA PROFESIONAL**

### Cédula o pasaporte: Fecha:

# Formulario Nro. 9 Medición de Condiciones e Infraestructura 2

**PARA CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL:**

|  |
| --- |
| **DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LA OFICINA** |
| **Respecto al ACCESO a las instalaciones del servicio:** | **Las salas de atención (legal, psicológica, trabajo social) cuentan con condiciones favorables de:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
| Ubicación del servicio, en territorio |  | Limpieza y organización |  |
| Señalización externa yfacilidad de ubicación (rótulo, banner, flechas) |  | Espacio adecuado |  |
| Accesibilidad para personas con discapacidad (ascensores, rampas…) |  | Ventilación |  |
| Sillas de espera |  | Mobiliario |  |
| Servicio sanitario |  | Privacidad (auditiva y visual) |  |
| Adecuada señalización interna(oficinas) |  | Medidas deBioseguridad |  |
| **DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL** |
| **El baño cuenta con condiciones favorables:** | **La bodega cuenta con condiciones favorables:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
| Baños externos |  | Ventilación |  |
| Baños internos |  | Menaje |  |
| Limpieza |  | Orden |  |
| **Espacio para el emprendimiento productivo:** | **Servicios básicos del Centro de Atención:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
| Ventilación |  | Agua Potable/entubada |  |
| Menaje |  | Luz |  |
| Limpieza |  | Teléfono |  |
| Iluminación |  |  |  |
| Insumos |  |  |  |
| Medidas de Bioseguridad |  |  |  |

2 Considerar que este apartado busca generar un diagnóstico de la infraestructura de casas de acogida y centros de atención integral, a fin de gestionar los recursos que permitan mejorar las condiciones físicas para la prestación de la atención integral a víctimas de violencia basada en género por parte de las organizaciones sociales.

|  |
| --- |
| **SEGURIDAD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL** |
| **Concepto** | **SI** | **NO** | **Concepto** | **Especificar** |
| Cámaras de seguridad |  |  | Botón de pánico |  |
| Alarmas de seguridad |  |  |
| Botiquín de emergencias |  |  |
| Plan de contingencia |  |  | Distancia del UPC máscercano |  |
| Extintor |  |  |
| Cuenta con permiso de funcionamiento¿Cuál? |  |
| **BIENES** |
| **El mobiliario y material de la oficina se encuentra en****condiciones favorables:** | **La oficina cuenta suficientemente con:** |
| **Concepto** | **Nro.** | **Bueno** | **Malo** | **Regular** | **Concepto** | **Descripciòn** |
| Escritorios |  |  |  |  | Papelería |  |
| Sillas tipos secretaria |  |  |  |  | Suministros |  |
| Sillas para visitas |  |  |  |  | Toner |  |
| Sillas de espera |  |  |  |  | Material de limpieza |
| Archivadores |  |  |  |  | Varios |  |  |
| Mesas |  |  |  |  | **Estado Situacional del Centro** |
| Computadoras |  |  |  |  | Propio |  |
| Impresora |  |  |  |  | Convenio |  |
| Teléfono |  |  |  |  | Arrendada |  |
| Fuentes de poder (UPC) |  |  |  |  | Espacio físicoprovisional |  |
| Pizarras |  |  |  |  | Comodato |  |
| Carteleras |  |  |  |  |  |  |
| Otro: |  |  |  |  |  |

**PARA CASAS DE ACOGIDA:**

|  |
| --- |
| **DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LA OFICINA** |
| **Respecto al ACCESO a las instalaciones del servicio:** | **Las salas de atención (legal, psicológica, trabajo social) cuentan con condiciones favorables de:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
| Ubicación del servicio, en territorio |  | Limpieza y organización |  |
| Señalización externa y facilidad de ubicación(rótulo, banner, flechas) |  | Espacio adecuado |  |
| Accesibilidad para personas con discapacidad(ascensores, rampas…) |  | Ventilación |  |
| Sillas de espera |  | Mobiliario |  |
| Servicio sanitario |  | Privacidad (auditiva yvisual) |  |
| Adecuada señalizacióninterna (oficinas) |  | Medidas debioseguridad |  |
| **DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LA CASA DE ACOGIDA** |
| **Las habitaciones y su mobiliario se encuentran en:** | **El comedor cuenta con condiciones favorables:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripciòn** |
| Ventilación |  | Mesas |  |
| Iluminación |  | Sillas |  |
| Armarios |  | Ventilación |  |
| Camas |  | Iluminación |  |
| Colchón |  | Limpieza |  |
| Menaje de cama |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **La cocina cuenta con condiciones favorables de:** | **El patio cuenta con condiciones****favorables de:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
| Ventilación |  | Espacio de recreación |  |
| Menaje |  | Limpieza |  |
| Lavadero |  |  |  |
| **El baño cuenta con condiciones favorables:** | **La bodega cuenta con condiciones favorables:** |
| **Concepto** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
| Baños externos |  | Ventilación |  |
| Baños internos |  | Menaje |  |
| Limpieza |  | Organización |  |
| **Espacio para el emprendimiento productivo:** | **Servicios básicos de la Casa de Acogida:** |
| **Emprendimientos** | **Descripción** | **Concepto** | **Descripción** |
|  |  | Agua Potable/entubada |  |
| Alumbrado público |  |
|  |  | Luz |  |
| Teléfono |  |
|  |  | Alcantarillado |  |
| Servicio de internet |  |
| **SEGURIDAD DE LAS CASAS DE ACOGIDA** |
| **Concepto** | **SI** | **NO** | **Concepto** | **SI** | **NO** |
| Seguridad pública o privada |  |  | Cámaras de seguridad |  |  |
| Cuenta con cerramiento |  |  | Botón de pánico(Descripción) |  |
| Cerco eléctrico |  |  |
| Plan de contingencia |  |  | Alarmas de seguridad |  |  |
| Extintor |  |  | Botiquín |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Distancia del UPC más cercano |  |
| Cuenta con permiso de funcionamiento ¿Cuál? |  |
| **BIENES** |
| **El mobiliario y material de la oficina se encuentra en****condiciones favorables:** | **La oficina cuenta suficientemente con:** |
| **Concepto** | **Nro.** | **Bueno** | **Malo** | **Regular** | **Suministros** | **Descripciòn** |
| Escritorios |  |  |  |  |  |  |
| Sillas tipos secretaria |  |  |  |  |
| Sillas para visitas |  |  |  |  |
| Sillas de espera |  |  |  |  | **Insumos de limpieza** | **Descripciòn** |
| Archivadores |  |  |  |  |  |  |
| Mesas |  |  |  |  | **Estado Situacional de la Casas de****Acogida** |
| Computadoras |  |  |  |  | Propio |  |
| Impresora |  |  |  |  |
| Teléfono |  |  |  |  |
| Fuentes de poder (UPC) |  |  |  |  | Convenio |  |
| Pizarras |  |  |  |  |
| Carteleras |  |  |  |  | Arrendada |  |
| Nro. De habitaciones |  |  |  |  |
| Camas |  |  |  |  |
| Armarios |  |  |  |  | Espacio físico provisional |  |
| Veladores |  |  |  |  |
| Insumos |  |  |  |  |
| Veladores |  |  |  |  | Comodato |  |
| Colchones |  |  |  |  |
| **SEÑALE OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE RESPECTO A LA INFRAESTRUCTURA** |
|  |

1. *La violencia en el ámbito familiar y/o la violencia sexual contra mujeres, niñas, niños y adolescentes es la más frecuente y callada violación de los derechos humanos. Atenta contra la vida, la integridad física, psíquica moral y sexual, la libertad, la dignidad, los derechos sexuales, reproductivos y los derechos socioeconómicos, tanto de las víctimas directas como de las víctimas colaterales (niños, niñas o adolescentes) que sufren sus efectos.* **pág. 9 del Modelo de atención integral y protocolos para los centros de atención a niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o sexual** [↑](#footnote-ref-1)