|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO DE INSCRIPCIÓN**  **“PROGRAMA INCENTIVOS PARA FORTALECIMIENTO DE ORGANIZACIONES SOCIALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, MUJERES, SECTOR LGTBI, ANIMALISTAS, AMBIENTALISTAS, NIÑEZ, VÍCTIMAS, PERSONA MAYOR Y MOVILIDAD SOSTENIBLE”** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. IDENTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA** | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre de la Organización** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Tipo de organización** | | | | | **Con personería jurídica: \_\_\_\_**  **Sin personería jurídica: \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre del representante legal o líder de la organización** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Cédula de ciudadanía Representante o líder** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **1.5 NIT (solo para organizaciones con personería jurídica)** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **1.6 Teléfono fijo / celular** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Dirección correspondencia** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Correo electrónico** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Redes sociales** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Localidad** | | | | |  | | | **UPZ** | | | | | **BARRIO** | |
| * 1. **Resultados IFOS**   (Información obtenida a través del registro a la plataforma de la participación IDPAC) | | | | | **Etapa** | | | | | **Puntaje** | | | | |
| * 1. **Nombre de la iniciativa/propuesta** | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. **Localidad donde se implementará la propuesta** | | | | |  | | | | **UPZ** | | | | | **BARRIO** |
| * 1. **Link de video de**   **máximo 5 minutos en donde presente su organización y la propuesta con la que va a participar** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **2. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1. Objetivo de la organización** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2. ¿Quiénes integran la organización?** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | **EDAD** | **GÉNERO** | **OCUPACION (identificar si la persona no tiene acceso a educación o trabajo en este momento)** | | | | **PRESENTA DISCAPACIDAD Y TIPO DE DISCAPACIDAD** | | | | **¿PERTENENCIA ETNICA- CUAL?** | **ROL EN LA INICIATIVA** | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  |  | | | |
| **Debe adjuntar la copia del documento de identificación de cada uno de los miembros de la organización (puede insertar filas para incluir al total de sus miembros)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3. Año de conformación:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4. Experiencia de la organización** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.5. Beneficiarios directos e**  **indirectos de la iniciativa.**  (jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, grupos étnicos, víctimas) | | | |  | | | | | | | | | | |
| **2.6. Lugar donde desarrolla sus acciones** (cobertura territorial de la organización) | | | | Localidad  Barrio  UPZ | | | | | | | | | | |
| **3. DESCRIPCION DE LA INICIATIVA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1 Objetivo** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2 Objetivos Específicos** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.3 Justificación** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.4 Pertinencia** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.5 Plan de socialización con beneficiarios de la iniciativa** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.6 Participación o interacción de la comunidad en la iniciativa** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.7 Qué componente(s) del IFOS pretenden fortalecer con el uso de un kit de tecnología (Sostenibilidad, Estructura organizativa, Planeación estratégica, incidencia, transparencia):** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. DESARROLLO DE ACTIVIDADES**  **(Descripción de actividades o etapas de la iniciativa, teniendo en cuenta los recursos y el tiempo de ejecución)** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RELACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA INICIATIVA CON EL PLAN DE MEJORAMIENTO/FORTALECIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDADES** | | | | | | **COMPONENTE(S) PLAN DE MEJORAMIENTO** | | | | | | | | |
| **1** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **2** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **3** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **4** | | | | | |  | | | | | | | | |

En mi calidad de representante legal o líder delegado, declaro que los miembros de la organización representada conocemos en su integridad los términos de referencia del **“PROGRAMA INCENTIVOS PARA FORTALECIMIENTO DE ORGANIZACIONES SOCIALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, MUJERES, SECTOR LGTBI, ANIMALISTAS, AMBIENTALISTAS, NIÑEZ, VÍCTIMAS, PERSONA MAYOR Y MOVILIDAD SOSTENIBLE”** y que aceptamos las reglas allí definidas. Así mismo, manifiesto que conocemos la iniciativa postulada y nos comprometemos a desarrollarla en su totalidad.

Finalmente, de conformidad con la ley 1581 de 2012, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal- IDPAC, para tratar nuestros datos personales de acuerdo con los fines legales, contractuales, misionales de la Entidad.

Firma del representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_