

Fecha:

Organización:

Número de Proyecto:

Responsable del proyecto:

A)

**Datos de identificación del responsable del proyecto**

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

Escolaridad:  Primaria  Secundaria  Bachillerato  Técnico  Profesional  Otra, especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su interés en participar en la ejecución de este proyecto?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es par?  SI  NO

¿Es miembro de la OSC?  
O Institución Académica  SI  NO

En caso de ser afirmativo, que cargo desempeña: \_\_\_\_\_

¿Qué actividades realiza dentro o para la OSC O IA?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tiempo dedica a estas actividades? \_\_\_\_\_

¿Qué impacto considera que tiene la realización de dichas actividades en la población objetivo, con las autoridades y/o personal de salud?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B)**

**INSTRUCCIONES:** El llenado de la presente cédula será a partir del registro e identificación del proyecto, deberá ser llenada como requisito para la aceptación del mismo.

**I. Tipo de población a que va dirigido el proyecto**

1. ¿A qué tipo de población va dirigido el proyecto?

- 1) Población en general
- 2) Población clave

2. Especifique el tipo de población a que está siendo dirigido el proyecto

- |         |                              |
|---------|------------------------------|
| 1) HSH  | 8) Personal de Salud         |
| 2) UDIS | 9) Indígenas                 |
| 3) TSC  | 10) Migrantes                |
| 4) TTT  | 11) Jóvenes                  |
| 5) PVVS | 12) Mujeres                  |
| 6) PL   | 13) Padres de familia        |
| 7) Gays | 14) Otra, especifique: _____ |

3. Especifique en que Estado, ciudad o municipio de la Republica Mexicana se realizará el proyecto

\_\_\_\_\_

**II. Información del proyecto**

4. ¿Su organización cuenta con algún tipo de apoyo u otro proyecto sobre VIH/SIDA financiado por alguna otra dependencia, institución, agencia, laboratorio u otra instancia?

- 1) Si
- 2) No

Especifique: \_\_\_\_\_

5. ¿Es la primera vez que CENSIDA apoyaría un proyecto a esta Organización?, especificar en que años ha sido financiado

- 1) Si
- 2) No

Especifique año (s) \_\_\_\_\_

6. En caso de ser negativa la respuesta anterior. El proyecto que desarrolla es:

- 1) Exactamente igual que el año anterior
- 2) Continuidad del proyecto anterior
- 3) Completamente distinto al año anterior

Especifique: \_\_\_\_\_

7. Los datos obtenidos durante la realización del proyecto, los utilizaría para implementar nuevos proyectos?

- 1) Si
- 2) No

**III. Tema, Acciones y estrategias implementadas**

8. ¿Cuál es el tema o intervención de su proyecto?

- |   |  |
|---|--|
| 1) De educación en sexualidad   | 6) Para fomentar la participación voluntaria de detección temprana del VIH |
| 2) Para cambio de comportamiento  | 7) Para fomentar el diagnóstico temprano del VIH en mujeres embarazadas    |
| 3) Para el uso correcto y consistente de condones   | 8) Para disminuir el estigma, discriminación y homofobia                   |
| 4) Para prevenir las ITS en el contexto del sexo comercial                                    | 9) Otros Especifique: _____  |
| 5) Para disminuir los riesgos de contagio del VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDIS) |  |

9. ¿Qué tipo de acción lleva a cabo para el cumplimiento de los objetivos del proyecto?

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Capacitación | 4) Distribución de materiales (condones, lubricantes) |
| 2) Talleres     | 5) Diseño de material impreso                         |
| 3) Campañas     | 6) Estudios y/o pruebas rápidas                       |

10.El tipo de estrategia es:

- 1) Educativa
- 2) Informativa
- 3) Preventiva
- 4) De sensibilización
- 5) Otra, especifique:

**En este apartado, les solicitamos conteste de manera abierta las siguientes preguntas:**

**Opinión sobre la Convocatoria Pública Número 5, 2010.**

**Opinión sobre el proceso de registro de los proyectos.**

**Opinión sobre la atención recibida por parte del personal de CENSIDA, sobre dudas y/o aclaraciones.**

**Comentarios:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Representante Legal de la OSC**