**FORMATO 1. SOLICITUD DE SUBSIDIO**

**Acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios, para el Ejercicio Fiscal 2023.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha:DD/MM/AA** |  | **Fecha de** **recepción en** **CONAVIM:** |  |

**MA FABIOLA ALANÍS SÁMANO**

**COMISIONADA NACIONAL PARA PREVENIR Y**

**ERRADICARLA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

De acuerdo con lo establecido en el numeral Vigésimo de los Lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios, para el ejercicio fiscal 2023 (**“LINEAMIENTOS”**), le remito la solicitud para acceder al subsidio a través de:

|  |
| --- |
| 1. **DATOS GENERALES**
 |
|  |
| Entidad Federativa: | Elija un elemento. |
| **ACCIÓN DE COADYUVANCIA DE ACCESO AL SUBSIDIO:**Marque solo una Casilla: |
|

|  |
| --- |
|[ ]  **1. Atención:** Son las acciones destinadas a la atención de las mujeres y las niñas y las adolescentes, tendientes a disminuir las condiciones de riesgo en el que se encuentran, así como garantizar espacios libres de violencia contra las mujeres, las niñas y la protección de las víctimas. |
|[ ]  **2. Prevención.** Son las acciones, medidas o disposiciones de orden normativo, institucional o funcional que tienden a evitar y prevenir la ocurrencia de los hechos de violencia feminicida y agravio comparado, actuando sobre las causas y los factores que los generan, así como aquellas que eviten otras violaciones a los derechos humanos de las mujeres y las niñas. |
|[ ]  **3. Seguridad.** Son aquellas que buscan fortalecer e implementar acciones de seguimiento a la ocurrencia de hechos de violencia feminicida cometidos en el ámbito público y disminuyen factores de riesgo. |
|[ ]  **4. Justicia.** Son las acciones y medidas destinadas a fortalecer la investigación, que proporcione elementos para sancionar con perspectiva de género y de interseccionalidad, delitos y crímenes relacionados con la violencia de género contra las mujeres y las niñas para contribuir al acceso a la justicia pronta y expedita. |

 |
|  |
| **INSTANCIA LOCAL RESPONSABLE:** | **INSTANCIA LOCAL RECEPTORA:** |
|  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **MONTO SOLICITADO**
 |
|  |
| **MONTO SOLICITADO:** |
| **$00.00** | **00/100 M.N.** |
| Cantidad en número | Cantidad en letra |
| **MONTO COPARTICIPACIÓN: (EN CASO DE APLICAR)** |
| **$00.00** | **%** | **00/100 M.N.** |
| cantidad en número | porcentaje | cantidad en letra |
|  |
|

|  |
| --- |
| **MONTO TOTAL DEL PROYECTO:** **(en caso de no tener coparticipación solo colocara el monto solicitado)** |
| **$00.00** | **00/100 M.N.** |
| Cantidad en número | Cantidad en letra |

 |
|  |

1. **DESIGNACIÓN DE ENLACE**

He tenido a bien designar como **enlace** ante **CONAVIM** a:

(La información debe coincidir con los datos del Nombramiento)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Cargo: |  |
| Área de Adscripción: |  |
| Teléfono Institucional: |  | Extensión |  |
| Correo Institucional: |  |

**D. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.**

**d.1 JUSTIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDIDA DE ATENCIÓN** | **ACCIÓN COADYUVANTE** | **OBJETIVO GENERAL** |
| (Escribir la medida de atención prevista en la DAVGM) | (Escribir la Acción Coadyuvante de conformidad con los numerales sexto, séptimo, octavo o noveno de los LINEAMIENTOS) | (Escribir el Objetivo General en función de la relación entre la Medida de Atención y la Acción Coadyuvante) |

**d.2 METODOLOGÍA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** **ESPECÍFICOS** | **ACTIVIDADES** | **INDICADORES** | **MEDIOS** **DE VERIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |
| (Escribir los Objetivos Específicos) | (Escribir el Texto de las Actividades) | (Escribir el Texto de los Indicadores) | (escribir el texto referente a los medios de verificación) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**d.2.1 PASOS A DESARROLLAR**

Escribir los Pasos del Proyecto

| **PASO** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**d.3 COBERTURA GEOGRÁFICA Y POBLACIÓN BENEFICIARIA**

Marque con “X” la opción que coincida con lo preguntado.

En el caso de atender a población de mujeres, ¿El proyecto va dirigido para uno o varios grupos en mayor situación de vulnerabilidad? Seleccionar todas las opciones que coincidan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE POBLACIÓN QUE SE ATIENDE*****(Seleccionar todas las opciones*** ***que coincidan)*** |  | **GRUPO ETARIO*****(Seleccionar todas las opciones que coincidan)*** |
|[ ]  Población de mujeres |  |[ ]  0 a 6 años |
|[ ]  Población de hombres |  |[ ]  7 a 11 años |
|[ ]  Servidoras y servidores públicos u operadores jurídicos |  |[ ]  12 a 17 años |
|[ ]  Niñas y adolescentes |  |[ ]  18 a 30 años |
|[ ]  Adultas mayores |  |[ ]  30 a 59 años |
|[ ]  Indígenas |  |[ ]  60 años en adelante |
|[ ]  Migrantes y/o refugiadas |  | **COBERTURA DEMOGRÁFICA /** **NOMBRE DE LOS MUNICIPIOS** |
|[ ]  Afromexicanas |  | **1** |  | **11** |  |
|[ ]  Desplazadas internas |  | **2** |  | **12** |  |
|[ ]  Con discapacidad |  | **3** |  | **13** |  |
|[ ]  LBTI+ |  | **4** |  | **14** |  |
|[ ]  Madres jefas de familia |  | **5** |  | **15** |  |
|[ ]  En situación de calle |  | **6** |  | **16** |  |
|[ ]  Víctimas Secundarias |  | **7** |  | **17** |  |
|[ ]  Víctimas indirectas |  | **8** |  | **18** |  |
|[ ]  Privadas de la libertad |  | **9** |  | **19** |  |
|[ ]  Usuarias de drogas |  | **10** |  | **20** |  |
|[ ]  Otras (especifique) |
|  |

**d.4 ACTORES ESTRATÉGICOS**

| **#** | **ACTOR** | **TIPO DE PARTICIPACIÓN** |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

**d.5 IDENTIFICACIÓN DE RIEGOS Y CÓMO AFRONTARLOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **RIESGO** | **MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**d.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y GASTO**

(Las actividades deben de coincidir con las asentadas en el punto d.2 Metodología). Si requiere más campos relativos al mes puede agregarlos en el orden correspondiente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Concepto de Gasto** | **Mes** | **Monto** |
| **MAR** | **ABR** | **MAY** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SEP** | **OCT** | **NOV** | **DIC** |  |
| **Descripción de Actividadestendrán que estar en armonía con el cuadro actividades a desarrollar** | **describa en que gastara** |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  | **$235.00** |
|  |   |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  | **$0.00** |
|  |   |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  | **$0.00** |
|  |   |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  | **$0.00** |
|  |   |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  |  **$ -**  | **$0.00** |
| Monto Total con Letra |   | **$00.00** |

**TIPO DE PERFIL REQUERIDO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÁREAS DE** **ESPECIALIZACIÓN** | **AÑOS DE EXPERIENCIA****MÍNIMA REQUERIDA** | **GRADO O NIVEL DE** **ESPECIALIZACIÓN** | **NÚMERO DE PERSONAS****A CONTRATAR** |
| Ciencias Jurídicas | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |
| Ciencias de la salud | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |
| Psicología | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |
| Trabajo Social | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |
| Otro | **No Aplica** | **Especifique en la Siguiente Sección** |

**OTRO TIPO DE PERFIL REQUERIDO:**

**d.7** **Perfil y experiencia que deberá acreditar la o las personas físicas o morales que realizarán el proyecto, distintas a aquellas que sean servidoras públicas, así como sus antecedentes respecto a la elaboración de otros proyectos en otras entidades federativas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL** | **AÑOS DE EXPERIENCIA****MÍNIMA REQUERIDA** | **GRADO O NIVEL DE****ESPECIALIZACIÓN** | **ESPECIFIQUE EL GRADO O NIVEL** | **NÚMERO DE PERSONAS****A CONTRATAR** |
|  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |  |
|  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |  |
|  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |  |
|  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |  |

**ESQUEMA DE CONTRATACIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **MARQUE LA CASILLA CORRECTA** | **SERÁ** |
|[ ]  Prestadora de Servicios Profesionales |
|[ ]  Servicios integrales  |
|[ ]  Honorarios Asimilados |
|[ ]  Otro |
| Si selecciono “Otro”, Especifique a continuación: |
|  |

Por lo anterior, en caso de que el Comité de Evaluación apruebe el Proyecto presentado la Entidad Federativa se compromete a formalizar el Convenio de Coordinación y Adhesión y el Anexo Técnico, en términos de los numerales Trigésimo primero y Trigésimo segundo de los **LINEAMIENTOS**, y demás aplicables, manifestando que los recursos que llegaren a ser aprobados serán destinados únicamente para los fines y objetivos establecidos en los **LINEAMIENTOS** antes señalados.

|  |
| --- |
| (Firma de la persona titular)**NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA TITULAR DE LA****INSTANCIA LOCAL RESPONSABLE** |

En caso de que la solicitud no esté suscrita por la persona titular de la Instancia Local Responsable, deberá adjuntarse el documento mediante el cual acredite a la o él servidor público que cuenta con atribuciones para suscribir, actuar o firmar la solicitud en su representación.