

**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE SOCIEDAD SOLIDARIA**

**PROGRAMA DE FINANCIAMIENTO 2016 A OSC'S (PAFOSC)**

**FORMATO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS**

ANEXO 1.

**FOLIO:**

**1. Datos Generales**

Escriba en los espacios señalados lo que corresponda.

Nombre o razón social:	Cáritas Región Noroeste, A. C.		
Siglas o Acrónimo:	Cáritas Tijuana		
R.F.C.:	CRN990204CKA		
Domicilio fiscal:	Calle Alfonso Zaragoza #1063 C, Col. Libertad p/b, Tijuana, B. C.		
Fecha de Fundación:	3 de Febrero del 1999		
Objeto Social:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención a personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia en materia de alimentación vestido o vivienda.</li> <li>• La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos de escasos recursos.</li> <li>• La prestación de asistencia medica o jurídica, de orientación social, de educación, de servicios funerarios a personas de escasos recursos, especialmente a menores, ancianos e inválidos</li> </ul>		
Nombre del Notario Público:	Alma E. Andrade Marin		
No. de Escritura:	51619	No. de Volumen:	253
Representante Legal.:	Mario Heredia Mata		
Nombre del Director:	Mario Heredia Mata		
Correo Electrónico:	ps_caritas@hotmail.com	Numero de Radio:	
Teléfono:	664 683 62 32	Cel.:	664 110 47 51
¿Está registrada en el Catálogo de la Secretaría de Desarrollo Social Estatal?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de Revalidación e Inscripción	2016

## 2. Coordinador del Proyecto

Datos Generales.

Escriba en los espacios señalados lo que corresponda.

Nombre:	Mario Heredia Mata		
Cargo:	Representante y Director General		
Correo electrónico:	ps_caritas@hotmail.com	Tel.:	664) 683-62-32
Experiencia Profesional:	Mas de 20 años realizando servicios asistenciales y comunitarios.		

### Sexo:

Masculino  Femenino

### Grado Académico:

Primaria  Secundaria  Preparatoria  Licenciatura  Maestría  Doctorado  
 Otros: \_\_\_\_\_

## 3. Cumplimiento de Responsabilidades del Actor Social

¿Ha sido beneficiado con recursos del PAFOSC en el año anterior?:	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	cantidad	N/A
	N/A			
¿Cumplió en tiempo y forma con la comprobación de los recursos?:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha de cumplimiento	N/A
En caso de no haber comprobado en tiempo y forma, explique el motivo:				
N/A				

## 4. Resumen Ejecutivo del Proyecto.

Cantidad solicitada al PAFOSC	\$50,000.00	Cincuenta mil pesos 00/100
Nombre del proyecto:	" SONRISAS SANAS"	

### Describa brevemente en qué consiste el proyecto.

Descripción del proyecto:
Apoyo para 577 (Quinientos setenta y siete) niños y jóvenes de escasos recursos económicos que padecen de mala salud dental, falta de limpieza dental y detección oportuna de caries, así como el diagnostico de otros padecimientos maxilofaciales dentales muy graves y prevenir así la pérdida total del diente o molar mediante una intervención oportuna y adecuada realizada por profesionales de la salud dental, ortodontistas y especialistas maxilofaciales.

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

Ámbito prioritario del proyecto:
----------------------------------

- Casa Hogar  Deportes  Educación  Grupo Étnicos  
 Salud  Cultura  Derechos Humanos  Grupos Migrantes  
 C. Discapacidad  Desarrollo Comunitario  Medio Ambiente  Rehabilitación y Reintegración de Adicciones  
 Mujeres  Guarderías  Tercera Edad  Niños y Jovenes

Programa Financiero 2016

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL.- \_\_\_\_\_

Escriba en los espacios señalados la cantidad que corresponda.

Resumen financiero		
Concepto	Monto	Porcentaje de aportación
Aportación del Actor Social	\$ 7,700.00	13.35%
Aportación del PAFOSC	\$50,000.00	86.65%
Costo Total del Proyecto	\$57,700.00	100.00%

### 5. Información sobre la participación en el PAFOSC.

Elija las vertientes para el tipo del proyecto.

Tipo de proyecto				
Construcción	Remodelación	Equipamiento	Capacitación	Salud Dental. Prevención de Caries.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### 6. Planteamiento del Proyecto

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

Explique brevemente sobre antecedentes y/o diagnósticos llevados a cabo para la realización de este proyecto.

Antecedentes y/o diagnósticos del proyecto
<p>Cáritas Región Noroeste, A. C., cuenta con 16 años de experiencia en la ciudad de Tijuana, dando respuesta a las necesidades urgentes que acontecen en nuestra sociedad, a continuación se plantea la identidad, misión, visión, política de calidad y valores de nuestra Asociación, dejando claro cuál es nuestro principal objetivo.</p> <p><b>Identidad</b> Cáritas Región Noroeste, A. C. es un organismo que, gracias a la sociedad, anima, actúa y coordina el ejercicio del servicio en favor de los más vulnerables, excluidos y marginados de nuestra comunidad.</p> <p><b>Misión</b> Dirigir todos nuestros esfuerzos a proporcionar servicios asistenciales, de promoción humana y desarrollo comunitario a nuestros hermanos más vulnerables, con proyectos bien elaborados, aplicados, coordinados y supervisados, para ofrecerles una condición más humana y digna.</p> <p><b>Visión</b> Lograr ser un organismo, con liderazgo e impacto en la comunidad con una estructura adecuada, con personal capacitado y comprometido con el servicio; ofreciendo una condición más humana y digna a las personas más vulnerables, para llegar juntos a la transformación del tejido social.</p> <p><b>Valores</b></p>

Nuestros valores son: amor, servicio, humildad, alegría, honestidad, justicia, respeto, generosidad, paciencia, empatía, solidaridad, transparencia y profesionalismo.

**Política de calidad**

Cáritas Región Noroeste, A. C., mantiene y amplía los canales de comunicación interna y externa, perseverando en servicios de excelencia, optimizando los recursos disponibles y creando proyectos de ayuda en la comunidad a favor de los más necesitados.

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

El Problema
<b>Actualmente la población infantil y juvenil de escasos recursos no les es posible contar con cuidados de revisión y prevención oportuna de caries y problemas dentales, ya que sus padres no cuentan con los recursos necesarios para ir con un dentista y progresivamente las caries van avanzando causando la pérdida irreversible de varias piezas de dientes y muelas</b>

Objetivos del proyecto
<b>Evitar que 577 (quinientos setenta y siete) niños cuenten con una buena salud dental y realizarles un diagnóstico oportuno, así como limpieza dental para que paulatinamente continúen con sus revisiones preventivas dentales de rutina cada seis meses en el futuro al adquirir la conciencia de revisión y limpieza dental.</b>

Describe metas cuantificables por objetivos planteados.

Metas del proyecto
<b>Meta 1 Examen y revisión dental.- Realización de exámenes de salud dental.</b>
<b>Meta 2 Diagnostico dental.- obtener el diagnostico del tipo de problemática dental para su corrección.</b>
<b>Meta 3 Limpieza Dental.- Realizar procedimiento de limpieza dental necesaria para una adecuada salud bucal.</b>

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

Cronograma de Actividades											
Meta	Acción	Descripción	Abri 2016	May 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Sep 2016	Oct 2016	Nov 2016	Dic 2016
1	Examen y revisión dental	Determinar el problema de salud dental realizado por un profesional.	XX	XX	XX	XX	XX				
2	Diagnostico Dental Y Autorizacion de limpieza dental	Informar a los padres de familia de la necesidad bucal y explicarles la urgencia de limpieza dental		XX	XX	XX	XX	XX			
3	Limpieza dental	Realización de la limpieza dental necesaria para asegurar 100% de salud bucal a todos <b>los niños beneficiados.</b>			XX	XX	XX	XX	XX		

**En caso de que el proyecto propuesto es educativo y de capacitación llene los siguientes campos.  
Carta Descriptiva.**

Tipo de Actividad:	<input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Platica <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: (geográficamente – croquis)	(adjuntar a este formato croquis del lugar)

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

Metodología del Proyecto:
Examen dental visual con equipo especializado realizado por un profesional de la salud dental. Elaboración del diagnostico y autorización de los padres de familia para limpieza dental. Realización de limpieza dental con equipo moderno, digital y actualizado por un profesional de la salud.

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

Perfil de Beneficiarios del Proyecto													
<input type="checkbox"/> Entre 0 y 5		<input checked="" type="checkbox"/> Entre 6 y 17		<input type="checkbox"/> Entre 18 y 24		<input type="checkbox"/> Entre 25 y 44		<input type="checkbox"/> Entre 45 y 60		<input type="checkbox"/> Mayores de 60		Totales	
<input type="checkbox"/> Niñas	<input type="checkbox"/> Niños	<input checked="" type="checkbox"/> Niñas	<input checked="" type="checkbox"/> Niños	<input type="checkbox"/> Hom.	<input type="checkbox"/> Muj.	<input type="checkbox"/> Hom.	<input type="checkbox"/> Muj.	<input type="checkbox"/> Hom.	<input type="checkbox"/> Muj.	<input type="checkbox"/> Hom.	<input type="checkbox"/> Muj.	Hom.	Muj.
		289	288									288	289

**Seleccione la característica más relevante de la población que atenderá con la realización del proyecto.**

Características de la población que atenderá:
---

a) <input checked="" type="checkbox"/>	Población en situación de pobreza	d) <input type="checkbox"/>	Población en situación de desigualdad por género
b) <input type="checkbox"/>	Población en situación de exclusión	e) <input checked="" type="checkbox"/>	Población en situación de vulnerabilidad social
c) <input type="checkbox"/>	Población en situación de marginación		

De las siguientes opciones, seleccione el grupo de población y servicio que atenderá con el proyecto.

Servicios más importantes que brindará a beneficiarios a través de su proyecto:			
Población objetivo:		Servicios que proporcionará con el proyecto	
<b>Infancia</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Salud:</b>
<input type="checkbox"/>	Niñas 0 – 5 años	<input type="checkbox"/>	Consultas
<input type="checkbox"/>	Niños 0 – 5 años	<input type="checkbox"/>	Atención
<input checked="" type="checkbox"/>	Niñas 6 - 17 años	<input type="checkbox"/>	Servicios
<input checked="" type="checkbox"/>	Niños 6 - 17 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros: Examen, diagnóstico y tratamiento de limpieza dental infantil y juvenil para prevenir problemas mayores de salud dental y evitar pérdidas de dientes y muelas.
<b>Juventud</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Educación y Capacitación:</b>
<input type="checkbox"/>	Mujeres jóvenes 18 – 24 años	<input type="checkbox"/>	Enseñanza
<input type="checkbox"/>	Hombres jóvenes 18 – 24 años	<input type="checkbox"/>	Capacitación
<input type="checkbox"/>	Mujeres jóvenes 25 – 44 años	<input type="checkbox"/>	Desarrollo
<input type="checkbox"/>	Hombres jóvenes 25 – 44 años		Otros: Talleres, conferencias y crecimiento personal
<b>Adultos</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Asistencia Social y Alimentación:</b>
<input type="checkbox"/>	Mujeres adultas 45 – 60 años	<input type="checkbox"/>	Atención
<input type="checkbox"/>	Hombres adultos 45 – 60 años	<input type="checkbox"/>	Distribución
<b>Adultos Mayores</b>			Servicio
<input type="checkbox"/>	Mujeres mayores de 60 años	<input type="checkbox"/>	Otros: Actividades y Brigadas comunitarias.

<input type="checkbox"/>	Hombres mayores de 60 años	<input type="checkbox"/>	<b>Economía y Actividades Productivas:</b>
<b>Familias</b>		<input type="checkbox"/>	Atención
<b>Otros</b>		<input type="checkbox"/>	Capacitación
<input type="checkbox"/>	Especifique:	<input type="checkbox"/>	Otros:
		<input type="checkbox"/>	<b>Vivienda y Medio Ambiente:</b>
		<input type="checkbox"/>	Apoyos
		<input type="checkbox"/>	Construcción

<input type="checkbox"/>	Capacitación
<input type="checkbox"/>	Equipamiento
<input type="checkbox"/>	Desarrollo
<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	<b>Recreación y Difusión:</b>
<input type="checkbox"/>	Actividades
<input type="checkbox"/>	Difusión
<input type="checkbox"/>	Publicidad
<input type="checkbox"/>	Otros: Conferencias de valores y apoyo en familia.

## 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	\$50,000.00	\$7,700.00	\$	\$57,700.00
577 limpiezas dentales	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
Subtotal de recursos materiales	\$50,000.00	\$7,700.00	\$	\$57,700.00
Rubro de recursos humanos	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
Subtotal de recursos humanos	\$	\$	\$	\$
Total de recursos	\$50,000.00	\$7,700.00	\$	\$57,700.00
Porcentajes de aportación	86.65%	13.35%	%	100.00%

\* 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: \_\_\_\_\_

Acciones de rendición de cuentas hacia los beneficiarios del Proyecto:

- Monitoreo del Proyecto     Supervisión de Recursos     Periódico mural     Informes Finales  
 Otros: \_\_\_\_\_

**\*LA DOCUMENTACIÓN DEBERA SER ENTREGADA EN ORIGINAL Y 4 TANTOS PARA EL COMITÉ DICTAMINADOR**

\*EN CASO DE RESULTAR BENEFICIADOS CON EL PROGRAMA APOYO FINANCIERO PARA LA COMPROBACIÓN DEL RECURSO LA ASOCIACIÓN DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME FINAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

***INFORME FINAL:***

- 1. LISTADO DE FACTURAS ENUMERADOS***
- 2. FOTOCOPIA DE FACTURAS***
- 3. MEMORIA FOTOGRAFICA.***