**PROGRAMA MI COLONIA A COLOR 2024**

**FORMATO MCCSNC-01/2024**

**PROPUESTA DE PARTICIPACION COMO INSTANCIA EJECUTORA**

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL | |
| Nombre de la Entidad u Organización de la Sociedad Civil |  |
| Domicilio | Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Ext.\_\_\_\_\_\_ Int\_\_\_\_\_\_  Colonia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P \_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Representante Legal |  |
| Nombre de la persona responsable del seguimiento a la solicitud |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |
| Objeto Social de la Entidad u Organización de la Sociedad Civil |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD | |
| Describa la solicitud para participar como Instancia Ejecutora de las acciones del Programa.  (¿Qué se quiere hacer?) |  |
| Describa la experiencia y logros de la Entidad u Organización de la Sociedad Civil en el tema de mejoramiento de bienes inmuebles a través de la aplicación de pintura en fachadas |  |
| Diagnóstico para la realización de las acciones de mejoramiento de fachadas |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS ECONÓMICOS DE LA SOLICITUD | | |
| Monto solicitado al Gobierno del Estado a través de la Secretaría del Nuevo Comienzo | |  |
| Monto de la aportación de la Entidad u Organización de la Sociedad Civil  (deberá anexar carta compromiso) | |  |
| Aplicación del recurso solicitado | **Rubros Generales de aplicación** | **Monto** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE LA APLICACIÓN DE PINTURA | |
| Describa las actividades o tareas para garantizar el cumplimiento de las metas establecidas en el Anexo I de la presente convocatoria en el actual ejercicio fiscal.  (¿Cómo se va hacer? |  |
| Actores que intervienen  (¿Quiénes van a desarrollar las tareas o actividades?). |  |
| Describa el resultado, impacto, cambio o beneficio que se logrará una vez concluida la ejecución de acciones |
| En caso de ser seleccionada; describa el compromiso y acciones de seguimiento a las que se compromete la Entidad u Organización de la Sociedad Civil, una vez concluida la aplicación del recurso ministrado por el Gobierno del Estado de Guanajuato a través de la Secretaría del Nuevo Comienzo. | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES** | | | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDAD** | **MESES** | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿La Entidad u Organización de la Sociedad Civil ha recibido recursos financieros para el mismo fin y/o similares?** | **SI** | **NO** |
|  |  |

**En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, llene el siguiente cuadro.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Año | Institución que otorgó el Recurso | Breve Descripción del Recurso Otorgado | Monto del Recurso | Logros obtenidos | No. de personas beneficiadas |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL**

(Firma y rubrica con tinta azul en todas las hojas)