**ANEXO 1**

**FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO**

***Para diligenciar este formato, por favor modifique, ajuste o incluya la información que se encuentra subrayada, así como los espacios en blanco.***

Ciudad, fecha

Doctora

**ANA MARÍA ALMARIO DRESZER**

Directora de Gestión Interinstitucional

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

Bogotá

Asunto: PRESENTACIÓN DE PROYECTOS CONVOCATORIA XXX

Reciba un cordial saludo.

En el marco del instrumento de articulación “Proyectos Territoriales para la Reconciliación”, manifestamos que hemos leído y aceptado en su integralidad las condiciones para la cofinanciación de proyectos establecidas por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, razón por la cual, presentamos ante su despacho el siguiente proyecto con el propósito de que sea analizado, evaluado para su viabilización, priorización y asignación de recursos:

1. Nombre del proyecto:
2. Código BPIN
3. Valor total del proyecto: *(número y letras)*
4. Entidades territoriales beneficiadas directamente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTIDADES TERRITORIALES BENEFICIADAS** | **CATEGORÍA** | **POBLACION BENEFICIARIA**  |
| **No. Personas** | **No. de familias** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total  |  |  |

1. Aporte realizado por cada entidad:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTIDADES APORTANTES** | **TIPO DE CONTRAPARTIDA** | **FUENTE de FINANCIACION** | **VIGENCIA DE LOS RECURSOS FINANCIEROS**  | **VALOR TOTAL** | **PORCENTAJE (%) DE FINANACIACIÓN** |
| **VALOR EN ESPECIE** | **VALOR APORTES FINACIEROS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL**  |  |  |  |  |  |  |

Nota1: Diligenciar una línea por cada fuente de financiación de contrapartida incluyendo lo solicitado a La Unidad.

1. Valor de los recursos de cofinanciación solicitados: *(número y letras)*
2. Componente de política y línea de inversiòn:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Componente** | **Línea de inversión** | **POBLACION BENEFICIARIA** |
| **No. Personas** | **No. de familias** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL**  |  |  |  |

1. Entidad Territorial propuesta como ejecutara del proyecto:
2. Tiempo Estimado de ejecución(meses, Incluir los tiempos del cronograma procedimental):

Para efectos de información respecto el proceso de viabilización, priorización y asignación de recursos, autorizamos a La Unidad para las Victimas enviar comunicaciones y/o notificaciones a los correos electrónicos de contacto que corresponde a dos (2) servidores públicos de la entidad territorial ejecutora a cargo del proyecto, quienes serán nuestros enlaces:

Nombre titular:

Cargo:

Teléfonos:

Correo electrónico:

Nombre suplente:

Cargo:

Teléfonos:

Correo electrónico:

Atentamente,

NOMBRE DEL ALCALDE O GOBERNADOR

Cargo

ENTIDAD TERRITORIAL EJECUTORA

NOMBRE DEL ALCALDE O GOBERNADOR

Cargo

ENTIDAD TERRITORIAL BENEFICIADA Y APORTANTE

NOMBRE DEL ALCALDE O GOBERNADOR

Cargo

ENTIDAD TERRITORIAL BENEFICIADA Y APORTANTE