## ANEXO I

**MEMORIA DE ACTUACIÓN**

***No existe limitación en cuanto al tamaño de los recuadros. La entidad los cumplimentará con la información que considere necesaria.***

**CONVOCATORIA:** Orden \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la que se convocan subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, destinadas a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2018.

**1A Entidad**

|  |
| --- |
| Nombre:  CIF: |

**1B Agrupación de entidades**

|  |
| --- |
| Nombre:  Nombre de la entidad representante:  CIF:  Nombre del resto de entidades miembros: |

**2 Nombre del programa/proyecto**

*El mismo que aparece en la resolución de la convocatoria de subvenciones*

|  |
| --- |
|  |

**3 Colectivo al que se ha dirigido el programa**

*Población/es a las que se ha destinado el proyecto de entre las enumeradas como prioritarias en la orden de convocatoria.*

|  |
| --- |
|  |

**4 Datos económicos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Coste total del programa |  | | | |
| Cuantía financiada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social |  | | | |
| Se ha solicitado Prorroga | Sí |  | Fecha |  |
| No |  |
| Se han solicitado Cambios de Conceptos Presupuestarios | Sí |  | Fecha |  |
| No |  |
| Se han solicitado Otros Cambios | Sí |  | Fecha |  |
| No |  |

**5 Resumen del contenido del programa**

*(Se resumirá el proyecto aprobado, considerando los cambios solicitados y aprobados durante su ejecución)*

|  |
| --- |
|  |

**6 Número de beneficiarios/as directos/as del programa/proyecto**

*Se cuantificarán las personas beneficiarias de intervenciones directas y personalizadas (presenciales, online, telefónicas) y, en la medida de lo posible desagregado según se indica en la tabla. (No confundir el número de personas beneficiarias con el número de intervenciones realizadas).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HOMBRES | | MUJERES | | TOTAL |
| CISEXUALES | TRANS | CISEXUALES | TRANS |
|  |  |  |  |  |

*En casos oportunos desglosar esta información por servicios o territorio.*

*Enumerar las fuentes de verificación utilizadas para recoger los datos aportados en la memoria: estadillos en papel, partes de asistencia, bases de datos, registros del número de visitas a vídeos o contenidos Web etc.*

|  |
| --- |
|  |

**7 Actividades realizadas**

*Deben coincidir en nombre y numeración con las recogidas en el proyecto aprobado.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **ACTIVIDAD** | **OBJETIVOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS** | **FECHA INICIO** | **FECHA FIN** | **INDICADOR** | **RESULTADO PREVISTO** | **RESULTADO FINAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**8 Localización territorial del programa**

*En este apartado se enumeraran las CCAA, provincias o localidades donde se haya realizado cada actividad, especificando el periodo de ejecución, y en su caso las entidades ejecutantes (cuando éstas sean diferentes)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº ACT. \*** | **LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA**  (indicar si es de ámbito estatal, autonómico, provincial o local de ejecución) | **PERIODO DE EJECUCIÓN** (de cada actividad) | | | | | | | | | | | | **ENTIDAD EJECUTANTE**  (cuando proceda) |
| **E** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9 Valoración de resultados cuantificados en cada actividad.**

*La valoración de cada actividad considerará si el resultado final obtenido se corresponde con el previsto, y si se ha respetado la cobertura territorial y el calendario previsto*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Actividad** | **VALORACIÓN** |
|  |  |

**10 Grado o porcentaje de consecución de los objetivos previstos.**

*El grado de consecución puede expresarse en forma de porcentaje siempre que se recoja a continuación a partir de qué indicadores se ha calculado.*

*En otros casos, aportar información descriptiva sobre los resultados alcanzados*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | **GRADO DE CONSECUCIÓN ALCANZADO** |
|  |  |  |

**11 Cumplimiento de las prioridades transversales**

*Describir brevemente cómo se ha llevado a cabo dicho cumplimiento, e indicar a través de qué actividades específicas se ha logrado dicho cumplimiento. En aquellas prioridades que no se contemplaron en el proyecto/programa aprobado cumplimentar con un “no procede”.*

|  |
| --- |
| **Acciones destinadas a reducir las desigualdades sociales en salud en el marco de la prevención primaria y el diagnóstico precoz del VIH** |
|  |
| **Dentro de las anteriores, aquellas acciones desarrolladas en zonas social y económicamente desaventajadas y vulnerables a la infección por VIH incluyendo acciones de promoción de nuevas contrataciones** |
|  |
| **Acciones que establezcan sinergias entre actividades que respondan a la epidemia del VIH y otros problemas de salud relacionados con la infección** |
|  |

**A continuación indicar si fuera el caso de modo breve:**

|  |
| --- |
| **Acciones destinadas a eliminar o reducir el estigma y la discriminación** |
|  |

|  |
| --- |
| **Acciones preventivas innovadoras** |
|  |

|  |
| --- |
| **Acciones coordinadas con los dispositivos de salud pública institucionales** |
|  |

|  |
| --- |
| **Acciones con perspectiva de género** |
|  |

**12.- Resumen de los resultados más relevantes obtenidos**

*Pueden ir apoyados con tablas, gráficos o figuras*

|  |
| --- |
|  |

**13.- Desviaciones respecto de los objetivos previstos**

*Se especificará cualquier tipo de desviación de manera razonada*

|  |
| --- |
|  |

**14.- Conclusiones**

*En este apartado se enumerarán las principales conclusiones de la realización del proyecto, así como su traducción en mejoras/cambios para futuras ediciones del mismo*

|  |
| --- |
|  |

**15.- Material producido en la realización del programa/proyecto**

Enumerar y aportar los materiales elaborados con cargo a la subvención, añadiendo la fecha de remisión a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, para su revisión y fecha de aceptación.

|  |
| --- |
|  |

D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante legal de la Entidad/Agrupación de entidades\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica la veracidad de todos los datos reflejados en la presente Memoria.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Representante de la entidad/agrupación de entidades subvencionada/s