## 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 2019.

**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.- Tipo de programa/proyecto** (indicado en el punto 6 del Anexo III de la Convocatoria)

|  |
| --- |
|  |

**4.- Señalar las prioridades reflejadas en la ejecución del programa/proyecto**

|  |  |
| --- | --- |
|  | La prevención en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. |
|  | La prevención en personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales. |
|  | La prevención en personas que ejercen la prostitución femenina. |
|  | La prevención en personas que ejercen la prostitución masculina. |
|  | La prevención en personas trans que ejercen la prostitución. |
|  | Personas infectadas por el VIH y sus parejas sexuales. |
|  | Personas privadas de libertad. |
|  | Especial atención a jóvenes. |
|  | Especial atención a mujeres. |
|  | Especial atención a migrantes y minorías étnicas. |
|  | El diagnóstico precoz de la infección por el VIH y otras ITS. |
|  | Información, comunicación, sensibilización y orientación sobre la infección por el VIH y otros problemas de salud relacionados. |
|  | Presentación de proyectos de coordinación para la prevención, conocimiento y buenas prácticas |
|  | Presentación de proyectos para la reducción de la discriminación y por la igualdad de trato |
|  | Acompañamiento y continuidad asistencial. |

**5 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 |  |

**6 Resumen del contenido del programa**

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

|  |
| --- |
|  |

**7 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.*

|  |
| --- |
|  |

**8 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**9 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**10 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** |
|  |  |

**11 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** |
|  |  |  |

**12 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 que reduzcan las desigualdades en salud en el marco de la prevención primaria y el diagnóstico precoz del VIH.** |
|  |
| **Acciones que establezcan sinergias entre las actividades dirigidas a responder a la epidemia de VIH y otros problemas de salud relacionados con la infección.** |
|  |
| **Acciones que incluyan actuaciones efectivas y eficientes de acuerdo con la evidencia científica disponible.** |
|  |

**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** |
|  |

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

*Pueden ir apoyados con tablas, gráficos o figuras*

|  |
| --- |
|  |

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

*Se especificará cualquier tipo de desviación de manera razonada*

|  |
| --- |
|  |

**15.- 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*

|  |
| --- |
|  |

**16.- 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