|  |  |
| --- | --- |
| **SECRETARIADO NACIONAL****DE PASTORAL SOCIAL** | **Servicio Nacional de Emergencias****Perfil de Proyecto** |
| 1. **INFORMACION GENERAL**
 |
| **Nombre de la Jurisdicción** |  |
| **Dirección** |  | **Director(a) del SEPAS** |  |
| **Teléfono**  |  | **Celular de la directora(a)** |  |
| **Correo electrónico** |  | **Celular del SEPAS** |  |
| **Nombre del proyecto** |  |
| **Objetivo** |  |
| **Descripción del evento.** *Relate los hechos especificando fecha, lugar, causas del evento, efectos o daños ocasionados. Número de familias afectadas y Número de personas* | ***Contexto***  |
| **Acciones de otros.***Señale el nombre de las entidades gubernamentales y no gubernamentales que están interviniendo especificando el aporte de cada uno de ellas* |  |
| **Acciones de la Iglesia***Detalle las acciones realizadas por la jurisdicción, el SEPAS, Parroquias, Comunidades religiosas que han contribuido para la atención de la situación* |  |
| **Coordinación** *Especifique los proyectos financiados por el SNPS, zonas de intervención y su articulación en la intervención humanitaria* |  |
| **Focalización***Señale los criterios tenidos en cuenta en la selección de la zona geográfica y población que ha de ser atendida con la propuesta* |  |
| 1. **COBERTURA**
 |
| **Departamento** |  | **Municipio** |  | **Vereda** |  | **Otros** |  |
| **No. Familias atender** |  | **No. Personas atender** |  |
| 1. **PROCESO DE SENSIBILIZACION**
 |
| **Temáticas.***Indique los temas que se trabajaran con la comunidad* |  |
| **Resultados***Señale los cambios que espera al tratar los temas* |   |
| **No. Espacios** |  | **No. Participantes**  |  | **Costo****Unitario por espacio** |  | **Costo** **Total** |  |
| 1. **PRESUPUESTO**
 |
| **Detalle/ kit** | **Costo X kit** | **No. Kit a entregar** | **No. Entregas** | **Aporte Local** | **Total** |
| Kit de alimentos |  |  |  |  |  |
| Kit de higiene  |  |  |  |  |  |
| Kit de noche |  |  |  |  |  |

**Costo total de la propuesta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ayuda alimentaria** | **$** |
| **Ayuda no alimentaria** | **$**  |
| **Fortalecimiento de capacidades** | **$**  |
| **TOTAL**  |  |

**NOTA. SEÑALAR POR CADA KIT/PAQUETE O MENAJE LOS COMPONENTES, COSTO Y VALOR TOTAL UTILICE EL SIGUIENTE CUADRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Componente** | **Cantidades** | **Valor Unitario** | **Valor Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Total** |  |