

EL MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

CONVOCATORIA MISIÓN SOBERANÍA SANITARIA Y BIENESTAR SOCIAL- TERRITORIOS GARANTES DE LA SALUD, 2024

ANEXO 6. MODELO DE AVAL DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL

EL SUSCRITO LÍDER DE LA ORGANIZACIÓN Y/O COMUNIDAD

CERTIFICA:

Que la(s) organización(es) y/o comunidad(es) localizada(s) en el(los) municipio(s) XXXXXX del departamento XXXXXX, vinculada(s) al Programa de I+D+i denominado “nombre del programa de I+D+i presentado a la convocatoria” presentado bajo el marco de la Convocatoria “CONVOCATORIA MISIÓN SOBERANÍA SANITARIA Y BIENESTAR SOCIAL- TERRITORIOS GARANTES DE LA SALUD, 2024”, cuenta con personería jurídica, conoce(n), tiene(n) el interés y adquiere(n) el compromiso de participar como agente activo en el desarrollo e implementación de dicho Programa.

En relación con lo anterior, se certifica que la organización(es) y/o comunidad(es) se vinculará al programa en el marco de la ejecución y cumplimiento de las siguientes actividades a financiar con recursos del programa:

| PROYECTO | ACTIVIDAD EN LA CADENA DE VALOR | VALOR DE LA ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA ACTIVIDAD | ENFOQUE DE DIVERSIDAD E INTERSECCIONALIDAD | |
|----------|---|--|--|---|---|
| 1 | Escribir el nombre del proyecto en el que participará | Mencione la actividad en la que participará la comunidad | Indicar el valor en pesos de la actividad a desarrollar con recursos del proyecto. | Indique cómo la organización y/o comunidad participa activamente en la actividad mencionada en la cadena de valor | Indicar la experiencia que ha tenido la organización y/o comunidad en trabajo con comunidades con enfoque de diversidad e interseccionalidad. |
| 2 | | | | | |

Se suscribe en xx a los xx del mes de xx de 202X.

Cordialmente,

NOMBRE
Documento de identificación
Cargo/Rol
Organización y/o Comunidad