**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