**FORMATO PRIORIDADES DE COOPERACIÓN**

La construcción y actualización del Portafolio de Cooperación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar tiene como objeto consolidar las necesidades de cooperación (TÉCNICA Y/O FINANCIERA) de las áreas misionales y de las Direcciones Regionales, para contribuir al desarrollo y fortalecimiento de sus líneas de trabajo[[1]](#footnote-1), orientadas a brindar bienestar a los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Por lo anterior, agradecemos diligenciar en su totalidad este formato, el cual recopilará la información necesaria para tal fin.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sede Nacional/ Dirección: | Regional: |   |   |
| Responsable/ Enlace: | Número celular: |
| Correo Electrónico: | Teléfono fijo: |   |

1. **DEMANDA DE COOPERACIÓN**

|  |
| --- |
| 1. **COOPERACIÓN TÉCNICA Y/O FINANCIERA:**
	1. **Indique el programa o modalidad que se beneficiará de la cooperación:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** 1. **Describa de forma concreta la necesidad de cooperación de tipo técnico y/o financiero:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| 1. **CONTEXTO Y JUSTIFICACION:**

**(Describa de forma concreta los aspectos más relevantes y los motivos presentes entorno a la necesidad identificada)** |

|  |
| --- |
| 1. **RESULTADOS ESPERADOS:**

 (**Indique de forma descriptiva los resultados esperados con los beneficios técnicos y/o financieros que se gestionen)** |

**II. MEDIOS DE COOPERACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **POSIBLES ALIADOS**

(Si tiene identificados posibles aliados (organizaciones, entidades, empresas, etc.) con quienes se pueda gestionar la cooperación solicitada. Enumérelos en orden de prioridad).  | 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**III.OFERTA DE COOPERACIÓN**

|  |
| --- |
| 1. **TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO**

**(Indique los temas que puede ofrecer el área o regional en contraprestación a la cooperación que se gestione)**1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **COMENTARIOS FINALES**

**(Señale aspectos que considere relevantes en la gestión de la cooperación)**  |

**IV. VALIDACIÓN**

|  |
| --- |
| Aprobación y firma del Director (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Diligenció formato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Plazo máximo de entrega \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2018.Remitirlo a: Constanza González M. correo electrónico: Constanza.gonzalez@icbf.gov.co Celular: 3213714406 |

1. **Estrategias, programas, planes, proyectos e iniciativas.** [↑](#footnote-ref-1)