**FORMATO PRIORIDADES DE OFERTA Y/O DEMANDA COOPERACIÓN SUR-SUR ICBF**

La ficha permitirá analizar prioridades de oferta y demanda de Cooperación Sur-Sur, con el fin de generar proyectos que permitan la visibilidad institucional del ICBF, su reconocimiento internacional y poder a su vez, recibir apoyo en materia de experiencias y lecciones aprendidas en diversas temáticas.

Cooperación Sur-Sur: Es la cooperación basada en la horizontalidad, solidaridad y el interés y beneficio mutuo, destinada a abordar conjuntamente los desafíos del desarrollo y a apoyar las principales prioridades de los países involucrados. Para Colombia es un mecanismo para promover la generación de agendas positivas y el intercambio de conocimientos y experiencias entre países en desarrollo (Tomado de Conceptos de la APC en <https://www.apccolombia.gov.co>).

1. **IDENTIFICACIÓN**

|  |
| --- |
| Sede Nacional/ Dirección: Regional: |
| Responsable/ Enlace: Celular: |
| Correo Electrónico: Teléfono fijo:  |   |
| Nombre de la línea priorizada para Oferta/Demanda de Cooperación Sur-Sur: |   |   |
| Descripción sucinta de la línea de trabajo: |   |
| Población Objetivo: |   |

|  |
| --- |
| 1. **Contexto:** (Identifique las principales expectativas de cooperación de su área, según la línea de trabajo en temas de prioridades)
 |

|  |
| --- |
| 1. **Justificación:** (Exponga los motivos, debilidades, oportunidades y aprovechamiento)
 |

|  |
| --- |
| 1. **Objetivo de la línea priorizada:** (Establezca en términos concretos la situación esperada)
 |

|  |
| --- |
| 1. **Resultados esperados**: (Indique de forma descriptiva el beneficio que espera)

 4.1. Resultado 1 4.2. Resultado 2  |

1. **DEMANDA DE COOPERACIÓN SUR-SUR**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. País contraparte |  |
| 2. Entidad contraparte |  |
| 3. Beneficiarios |  |
| 4. Cobertura | Municipal Departamental Nacional  |
| Si seleccionó Municipal o Departamental indique cuál(es): |  |

1. **OFERTA DE COOPERACIÓN SUR-SUR**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. País contraparte |  |
| 2. Entidad contraparte |  |
| 3. Beneficiarios |  |
| 4. Cobertura | Municipal Departamental Nacional  |
| Si seleccionó Municipal o Departamental indique cuál(es): |  |

|  |
| --- |
| 10. Comentarios Finales sobre la propuesta (Señalar aspectos que considere convenientes que permita una comprensión plena de la necesidad) |

|  |
| --- |
| Aprobación Director Área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Diligenció formato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Plazo máximo de entrega versión final de cada línea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_,Remitirlo a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |