**ANEXO VII**

**MEMORIA DE ACTUACIÓN**

**CONVOCATORIA 0.7**

**AÑO: 2023**

**1.- Entidad**

|  |
| --- |
| **Nombre:** **N.I.F.:**  |

**2.- Denominación del Programa**

|  |
| --- |
| **05 // TANDEMS: El valor de la transferencia del conocimiento basado en la experiencia** |

**3.- Colectivo de atención**

|  |
| --- |
| Personas con Discapacidad |

**4.- Resumen del contenido del Programa**

|  |
| --- |
| Tandems pretende promover nuevas fórmulas, soluciones y servicios en personas con lesión medular través del apoyo entre iguales. El programa pretende promover un entorno digital como extensión de las tutorías presenciales de las entidades, posibilitando el contacto de tutores/as y tutelado/as sin limitaciones territoriales. Esta red de encuentro y contacto permite hacer extensible y complementario la parte presencial a través de una herramienta digital.Las actuaciones del programa durante el año 2024 en los que incluir nombre de la entidad ejecutante ha contribuido o fomentado total o en parte han sido:1. **Planificación y requisitos perfiles Tandems.**
2. **Identificación y selección de tutores/as Tandems.**
3. **Identificación y selección de tutores/as Tandems.**
4. **Registro nuevos tutores y tutelados Tandems.**
5. **Acciones de difusión y divulgación.**
 |

**5.- Período de ejecución del Programa**

|  |
| --- |
| 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024 |

**6. Resumen económico *(archivo Excel para incluir los datos económicos. ELIMINAR ESTE COMENTARIO TRAS CUMPLIMENTAR EL APARTADO)***

**6.1. Importe subvencionado 5.600 €**

**6.2. Estado de liquidación del programa, desglosado por origen de financiación, por conceptos y partida de gasto.**

|  |  |
| --- | --- |
| **GASTOS** | **INGRESOS** |
| **Subvención MDS** | **Ingresos del programa** | **Otras Subvenciones** | **Financiación Propia** | **Intereses Imputados al programa** | **TOTAL** |
| **GASTOS CORRIENTES** |   |   |   |   |   |   |
| **Personal** | 5.600,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 50,00 € | 0,00 € | 5.650,00 € |
| CUENCA | 5.600,00 € | 0,00 € |   | 50,00 € |   | 5.650,00 € |
| **Mantenimiento y Actividades** |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
| **Dietas y Gastos de viaje** |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |
| **GASTOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN** |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL GENERAL** | 5.600,00 € |  |  | 50,00 € |  | 5.650,00 € |

**6.3. Estado de liquidación desglosado por conceptos de gasto y localización territorial**

**GASTOS CORRIENTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Localización** | **Personal** | **Mantenimiento y** | **Dietas y Gastos de Viaje** | **Total Gastos Corrientes** |
| **Actividades** |
| CUENCA | 5.650,00 €  |   |   |  5.650,00 €  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
| **TOTALES** |  **5.650,00 €**  |  **- €**  |  **- €**  |  **5.650,00 €**  |

**7.- Número de usuarios directos**

|  |
| --- |
| ***Ver tabla apartado 11 e incluir dato correspondiente*** |

**8.-Modificaciones solicitadas: análisis de su necesidad**

|  |
| --- |
| No procede |

**9.- Localización territorial del Programa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMUNIDAD****AUTÓNOMA** | **PROVINCIA** | **LOCALIDAD** | **ENTIDAD QUE GESTIONA****EL PROGRAMA** |
|  |  |  |  |

**10.- Metodología o instrumentos utilizados**

|  |
| --- |
| El programa ha desarrollado con los medios los medios técnicos con los que cuentan las entidades para la gestión de todos sus programas y proyectos, adecuados a las necesidades del programa.  |

**11.- Actuaciones realizadas *(indicar únicamente las actividades contempladas en hoja de registro de horas dedicadas al programa cumplimentando tantas como correspondan, añadiendo, teniendo en cuenta esta relación la fecha de inicio y finalización. ELIMINAR filas de las entidades ejecutantes que no se correspondan con la entidad que cumplimenta la memoria. Mantener el número de usuarios indicado ya que es el que figura en la memoria adaptada. ELIMINAR ESTE COMENTARIO TRAS CUMPLIMENTACIÓN DEL APARTADO)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTIDAD EJECUTANTE** | **ACTIVIDADES** | **FECHA INICIO** | **FECHA****FINALIZACIÓN** | **NÚMERO DE USUARIOS** |
| ASPAYM CATALUÑA |  |  |  | 4 |
| FUNDACIÓN ASPAYM CASTILLA Y LEÓN |  |  |  | 4 |
| ASPAYM MADRID |  |  |  | 4 |
| ASPAYM MURCIA |  |  |  | 4 |
| ASPAYM COMUNIDAD VALENCIANA |  |  |  | 4 |
| ASPAYM CÓRDOBA |  |  |  | 4 |
| ASPAYM CUENCA |  |  |  | 4 |
| FEDERACIÓN NACIONAL ASPAYM |  |  |  | 10 |
| ASPAYM MÁLAGA |  |  |  | 4 |
| ASPAYM SEVILLA |  |  |  | 4 |
| ASPAYM TOLEDO |  |  |  | 4 |

**12. Objetivos previstos, cuantificados en la medida de lo posible. *(Incluir indicador cuantificado por parte de la entidad relacionado con el objetivo. ELIMINAR ESTE COMENTARIO TRAS CUMPLIMENTACIÓN DEL APARTADO)***

Garantizar el acceso a la información y los recursos a toda la población con lesión medular en todo el territorio nacional.

Favorecer y facilitar la adaptación a la nueva situación después del periodo hospitalario del paciente con lesión medular.

Implementar servicios complementarios que mejoren el bienestar de las personas con lesión medular en España a través de las herramientas digitales.

Desarrollar una herramienta tecnológica de apoyo entre iguales y encuentro de personas con lesión medular.

***Nº de profesionales, nº de voluntarios identificados (tutor/a), nº posibles tutelados***

**13. Resultados obtenidos del/de programa/actuación cuantificados y valorados.**

Facilitar una red de apoyo en igualdad de condiciones a toda la población con lesión medular sin que el lugar de residencia sea una limitación o barrera de acceso a un grupo de iguales.

Mejorar la transición del paciente con lesión medular del hospital al domicilio con el apoyo de iguales.

Incrementar el bienestar de la persona con lesión medular y sus familias.

Mejorar la red de apoyo a la población con lesión medular reduciendo el aislamiento y la soledad no deseada.

**14.- Desviaciones**

|  |
| --- |
| No procede |

**15.- Conclusiones**

|  |
| --- |
| El programa se ha ejecutado según lo previsto inicialmente, alcanzando satisfactoriamente los objetivos y resultados esperados.  |

**D./Dª. , Representante de la Entidad, certifica la veracidad de todos los datos reflejados en la presente Memoria.**

**Fecha y firma**