**MEMORIA DE ACTUACIÓN JUSTIFICATIVA**

 **PLAN CORRESPONSABLES 2021-2022**

AYUNTAMIENTO O EATIM DE:

|  |
| --- |
| **Identificación de las actuaciones ejecutadas desde 01/07/2021 a 30/06/2022:****1.****2.****3.****4.****5.** |

1. **DESCRIPCIÓN DE LAS ACTUACIONES**
2. **DATOS DE CADA UNAS DE LAS ACTUACIONES**

**NOTA: CUMPLIMENTE LA FICHA SIGUIENTE, COPIÁNDOLA PARA CADA UNA DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTUACIÓN Nº 1 (Nombre):** |  |
| **Seleccione tipo de actuación (marque con una X el que corresponda):** | Colectiva [ ]  En domicilio [ ]  |
| **Dependencia donde se ha desarrollado: (marque con una X el que corresponda):** | Municipal [ ]  Privadas cedidas [ ]  Subcontratadas [ ]  Domiciliarias [ ]  Otras [ ]  (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Franja de edad de las y los menores participantes:** | 0 a 3 años [ ]  4 a 8 años [ ] 9 a 11 años [ ]  12 a 14 años [ ]  |
| **Fecha de inicio de la actuación:** | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| **Fecha de finalización de la actuación** (no posterior a 30/06/2022): | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| **Horario:** | Mañana [ ] Tarde [ ] Fin de semana [ ] A demanda [ ] Otro (especificar) [ ]   |
| **La actuación se ha desarrollado por:** | Medios Propios [ ]  Subcontratación [ ]  Ambas [ ]  |  |
| **En caso de subcontratación, indique el nombre de la empresa o entidad:** |  |
| **TASA:** |
| **¿Existe tasa para el acceso a la actuación?**  | SI [ ]  |  | NO [ ]  |  |
| **Los grupos prioritarios han sido:*****(marque con una X si procede)*** | Exentos de tasa [ ]  |
| Tasa reducida [ ]  |
| **PUBLICIDAD:** |
| **¿Se ha publicitado la actuación?** | SI [ ]  NO [ ]  |
| *Adjunte la cartelería publicitaria, como anexo al documento de memoria.* |
| **GASTO DE DESPLAZAMIENTO CUANDO INCLUYE EXCURSIÓN:** |
| **Dentro de la actuación regular se ha realizado alguna excursión:**  | Sí [ ]  No [ ]  |
| En caso afirmativo indique: |
|  | Lugar | Fecha de realización | Fecha de conformidad por parte de los servicios provinciales del Instituto de la Mujer |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| **OTROS ASPECTOS A DESTACAR:**  |
|  |

1. **RESUMEN DE DATOS ESTADÍSTICOS DEL CONJUNTO DE LAS ACTUACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS MENORES PARTICIPANTES** |  |
| **MENORES PARTICIPANTES** *(Indicar el NÚMERO TOTAL de menores participantes en el conjunto de todas las actuaciones ejecutadas)* |
| **Número TOTAL de menores participantes:** |  |
| Señalar el dato desagregado según sexo y edad:

|  |  |
| --- | --- |
| De 0 a 3 años |  |
| De 4 a 8 años |  |
| De 9 a 11 años |  |
| De 12 a 14 años |  |
| Total  |  |

**1 Número total de niñas**

|  |  |
| --- | --- |
| De 0 a 3 años |  |
| De 4 a 8 años |  |
| De 9 a 11 años |  |
| De 12 a 14 años |  |
| Total |  |

**2 Número total de niños**  |
| **DATOS FAMILIAS PARTICIPANTES** |
| **Indicar número TOTAL de familias participantes:** |  |
| Identificar si existen familias participantes con carácter de grupo prioritario, tal y como indica del artículo 11 *(víctimas de violencia de género, familias monomarentales y monoparentales; mujeres en situación de desempleo para realizar acciones formativas o búsqueda activa de empleo; mujeres mayores de 45 años o unidades familiares con otras cargas relacionadas con los cuidados.)* |
| 1. Víctimas de violencia de género
 |  |
| 1. Monomarental
 |  |
| 1. Monoparental
 |  |
| 1. Mujeres en situación de desempleo
 |  |
| 1. Mujeres de 45 años o más
 |  |
| 1. Mujeres con otras cargas de cuidados
 |  |
|  |  |  |  |
| **DATOS PERSONAL CONTRATADO** |
| **Personal contratado** *(Indicar el número de personas que han sido contratadas, especificando sexo y si alguna mujer contratada tiene la condición de ser víctima de violencia de género; titulación por la cual ha sido contratado el personal, o si procede del proceso de habilitación para el reconocimiento de la experiencia laboral formal o no formal en el sector de los cuidados para menores de hasta 14 años***Cumplimentar tanto si es contratación directa o subcontratación.** |
| **NÚMERO TOTAL de personas contratadas:** |  |
| Desagregar dato según titulación: | **Nº** **MUJERES** | **Nº****HOMBRES** |
| 1.- Técnica/o Superior en Educación Infantil |  |  |
| 2.- Técnica/o Superior en Animación sociocultural y turística |  |  |
| 3.- Técnica/o Superior en Enseñanza y animación socio deportiva |  |  |
| 4.- Técnica/o Superior en Integración social |  |  |
| 5.- Auxiliar de Educación Infantil o de Jardín de Infancia |  |  |
| 6.- Titulaciones dentro del perfil profesional de monitoras/es de ocio y tiempo libre (se incluyen titulaciones obtenidas a través de Escuelas de Animación Juvenil u otros títulos con **un contenido similar** que **superen 100 horas** y tengan **homologación pública**, respaldados por titulaciones homologadas y avaladas por entes públicos) |  |  |
| 7.- Dinamización de Actividades de Tiempo Libre Educativo Infantil y Juvenil |  |  |
| 8.- Dirección y Coordinación de Tiempo Libre Educativo Infantil y Juvenil |  |  |
| 9.-Personas habilitadas para el cuidado de menores en el domicilio |  | **Con condición de VVG:** |  |  |
| **OTRAS CONTRATACIONES** |
| **Personal de gestión:** |
| **Número total de personas contratadas:** |  | **Nº de mujeres** |  | **Nº de hombres:** |  |
| **Indicar el perfil profesional:** |
| **Personal de limpieza:** |  |  |
| **Número total de personas contratadas** |  | **Nº de mujeres** |  | **Nº de hombres** |  |

1. **VALORACIÓN DEL PLAN CORRESPONSABLES**

**3.1 DIFICULTADES**

|  |
| --- |
| **Indique las DIFICULTADES detectadas en la puesta en marcha del Plan Corresponsables. (Marca con un X la(s) que considere(s)):** |
| 1.- Dificultad para encontrar personal con los perfiles profesionales requeridos |[ ]
| 2.- Insuficiencia de la cuantía de la subvención otorgada |[ ]
| 3.- Necesidad de financiar gastos no subvencionables |[ ]
| 4.- Falta de espacios habilitados para las actuaciones |[ ]
| 5.- Dificultades para la puesta en marcha de actuaciones colectivas |[ ]
| 6.- Dificultades para la puesta en marcha de actuaciones a domicilio |[ ]
| 7.- Problemas para la conformación de bolsas de personal para cuidados |[ ]
| 8.- Problemas en el proceso de subcontratación de la actuación |[ ]
| 9.- Escasa información y/o asesoramiento sobre el Plan Corresponsables |[ ]
| 10.-Otros (exponer brevemente otras dificultades que considere): |
|  |
| Indique propuestas que nos ayude a mejorar el Plan Corresponsables:-------- |

.

**3.2 VALORACIÓN**

|  |
| --- |
| **VALORACIÓN FINAL DEL PLAN:** |
| **Objetivos de la actuación*****(marque con una X)*** | **MUY CONSEGUIDO** | **ACEPTABLEMENTE CONSEGUIDO** | **POCO O NADA CONSEGUIDO** |
| 1. **Fomentar la corresponsabilidad en las labores domésticas y en la atención a la familia.**
 |  |  |  |
| 1. **Promover la conciliación laboral, familiar y personal.**
 |  |  |  |
| 1. **Ofrecer actuaciones que mejoran los servicios de conciliación del municipio.**
 |  |  |  |
| 1. **Garantizar el acceso de las familias participantes que conforman los grupos prioritarios.**
 |  |  |  |
| 1. **Crear empleo de calidad en el sector de los cuidados.**
 |  |  |  |