

DOMICILIO OPERATIVO

| | | | | | |
|----------------|--|-----------------|--|---------------------|--|
| CALLE | | No. EXT. | | No. INTERIOR | |
| COLONIA | | C. P. | | DELEGACIÓN | |

LA PROPIEDAD ES RENTADA PRESTADA PROPIA EN COMODATO OTRA

VISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

2. - NOMBRE DE LOS DIRIGENTES EN LA ORGANIZACIÓN

| CARGO | NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S)) | Correo y Teléfono Celular |
|---------------------|---|---------------------------|
| PRESIDENTE | | |
| VICEPRESIDENTE | | |
| TESORERO | | |
| SECRETARIO | | |
| VOCAL | | |
| DIRECTOR | | |
| SUBDIRECTOR | | |
| ADMINSITRADOR UNICO | | |

3. - CONSTITUCIÓN Y LOGROS

OBJETO SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN. (El que aparece en el acta constitutiva)

MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.

SERVICIOS Y PROGRAMAS QUE OFRECE LA ORGANIZACIÓN.

| | | | | | | |
|--|------------|--|------------|--|----------------------|--|
| FECHA DE INICIO DE LA ORGANIZACIÓN | DIA | | MES | | AÑO | |
| FECHA DE CONSTITUCIÓN | DIA | | MES | | AÑO | |
| R.F.C | | | | | | |
| CLUNI | SI | | NO | | AÑO | |
| DONATARIA AUTORIZADA (En caso de que su respuesta sea si, anexar No. De oficio) | SI | | NO | | No. De Oficio | |
| REGISTRO MUNICIPAL | SI | | NO | | AÑO | |
| REGISTRO ESTATAL | SI | | NO | | AÑO | |

| | | |
|--|-----------------|-------------------|
| ¿LA ASOCIACIÓN BRINDA ALBERGUE? | SI | NO |
| Marque aquí con una X | | |
| En caso de "Si" especifique si es | TEMPORAL | PERMANENTE |
| Marque aquí con una X | | |

| | |
|--|---|
| SEÑALE EL SECTOR BENEFICIADO POR LA ASOCIACIÓN: | INDIQUE EL NÚMERO DE BENEFICIADOS POR EDAD |
| NIÑOS (0-11) | |
| NIÑAS (0-11) | |
| JÓVENES (12-18) | |
| MUJERES (19-59) | |
| HOMBRES (19-59) | |
| ADULTOS MAYORES(60+) | |
| | TOTAL |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| ¿LA ASOCIACION CUENTA CON CONSEJO DIRECTIVO O PATRONATO? | SI | NO |
|---|-----------|-----------|

| | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿LA ASOCIACION CUENTA CON DONANTES? | SI | NO |
|--|-----------|-----------|

| | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿LA ASOCIACION CUENTA CON VOLUNTARIADO? | SI | NO |
|--|-----------|-----------|

| | | |
|--|--------------------------|-----------|
| ¿LA ASOCIACION CUENTA CON PAGINA DE INTERNET? | SI (escriba cuál) | NO |
| | www. | |

| | | | |
|--|----|----|---------|
| LA ASOCIACION MANEJA REDES SOCIALES | SI | NO | CUALES: |
|--|----|----|---------|

| | | |
|---|----|----|
| LA ASOCIACION TIENE CONVENIOS CON OTRAS ORGANIZACIONES | SI | NO |
|---|----|----|

| | | |
|---|----|----|
| ¿LA ASOCIACION TIENE CONVENIOS CON INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES MUNICIPAL, ESTATAL Y/O FEDERAL? | SI | NO |
|---|----|----|

| | | |
|--|----|----|
| ¿LA ASOCIACION TIENE CONVENIOS CON INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES INTERNACIONALES? | SI | NO |
|--|----|----|

| | | | |
|---------------------------------|----|----|------------------|
| ¿PERTENECE A ALGUNA RED? | SI | NO | NOMBRE DE LA RED |
|---------------------------------|----|----|------------------|

| HORARIO DE OFICINA | DIAS | | HORAS | |
|--------------------|------|---|-------|---|
| | DE | A | DE | A |

| HORARIO DE ATENCIÓN A USUARIOS | DIAS | | HORAS | |
|--------------------------------|------|---|-------|---|
| | DE | A | DE | A |

CUOTAS DE RECUPERACIÓN (Marque con X)

| | | |
|---|---------------------|--------------------|
| MANEJA CUOTAS DE RECUPERACIÓN | SI | NO |
| LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN SON | OBLIGATORIAS | VOLUNTARIAS |
| EN CASO DE SER OBLIGATORIAS VARIAN | DESDE | HASTA |

RUBRO AL QUE PERTENECE LA ORGANIZACIÓN (Marque solamente un rubro de acuerdo su objeto social)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASISTENCIA SOCIAL | <input type="checkbox"/> DESARROLLO COMUNITARIO | <input type="checkbox"/> GRUPOS ÉTNICOS | <input type="checkbox"/> ORGANISMO DE SERVICIO |
| <input type="checkbox"/> CULTURA | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> JOVENES | <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN CIVIL |
| <input type="checkbox"/> DEPORTES | <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN | <input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE | <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN DE ADICCIONES Y REINTEGRACIÓN |
| <input type="checkbox"/> DERECHOS HUMANOS | <input type="checkbox"/> EQUIDAD DE GENERO | <input type="checkbox"/> MIGRANTES | <input type="checkbox"/> SALUD |



1.-El Representante Legal de la Asociación manifiesta bajo protesta de decir verdad que los datos actualizados asentados en la solicitud son verídicos y que los documentos presentados son auténticos y legales.

2.- Se obliga a que, en caso de algún cambio, actualizar la información manifestada.

3.- Se autoriza a la inclusión de la organización en el documento que se publica anualmente y que es del dominio público.

PUESTO O CARGO DENTRO DE LA OSC _____

FIRMA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL _____