

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL
DEPARTAMENTO VINCULACIÓN CON ORGANISMOS DE LA SOCIEDAD CIVIL
FORMATO ÚNICO DE REGISTRO Y REVALIDACIÓN 2023

SOLICITUD DE: REGISTRO REVALIDACIÓN

FECHA:

FOLIO:

INSTRUCCIONES GENERALES

- Antes de llenar esta solicitud, lea detenidamente los apartados de la misma.
- Escriba con claridad y con letras mayúsculas, llénese a computadora o a máquina.
- Cada hoja deberá estar rubricada por el representante legal.
- Presente con la solicitud todos los documentos indicados por la Convocatoria, de esta manera evitara retrasos innecesarios.
- No re recibirán trámites incompletos.

1. - DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA OSC	
-------------------------	--

RAZON SOCIAL:	
----------------------	--

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	
--	--

TEL. FIJO		TEL. CEL.		CORREO ELECTRONICO	
------------------	--	------------------	--	---------------------------	--

*La información deberá ser del Representante Legal, no de terceros.

DOMICILIO FISCAL

CALLE		No. EXT.		No. INTERIOR	
COLONIA		C. P.		MUNICIPIO	

DOMICILIO OPERATIVO

CALLE		No. EXT.		No. INTERIOR	
COLONIA		C. P.		MUNICIPIO	

LA PROPIEDAD ES RENTADA PRESTADA PROPIA EN COMODATO OTRA

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.

VISIÓN 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) www.	NO
---	---------------------------	----

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"/> PROTECCIÓN CIVIL | <input type="checkbox"/> DERECHOS HUMANOS | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> JÓVENES |
| <input type="checkbox"/> EQUIDAD DE GÉNERO | <input type="checkbox"/> CULTURA | <input type="checkbox"/> DEPORTES | <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN |
| <input type="checkbox"/> GRUPOS ÉTNICOS | <input type="checkbox"/> MIGRANTES | <input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE | <input type="checkbox"/> DES. COMUNITARIO |
| <input type="checkbox"/> SALUD | <input type="checkbox"/> ASISTENCIA SOCIAL | <input type="checkbox"/> ORGANISMO DE SERVICIO | <input type="checkbox"/> REHAB. DE ADICCIONES Y REINTEGRACIÓN |

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 _____