



## 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"/> 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 \_\_\_\_\_