|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARATULA DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | |
| I. registro | | | | | | | |
| No. de Folio de Registro  (No llenar) | | | | Fecha de Recepción  (No llenar) | | | |
|  | | | |  | | | |
| Ii. INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | |
| **Nombre de la Institución:** | | | | | | | |
| **Nombre del Programa y/o Proyecto:** | | | | | | **Sector de Atención:** | |
| **Objetivo Social:** | | | | | | | |
| **Fecha de Constitución:** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  día mes año | | | | | | | |
| iIi. DATOS ORGANIZACIONALES | | | | | | | |
| **Personal que labora en la institución:** | |  | **Remunerados** | |  | **Voluntarios** |  |
| **Mencionar las áreas de atención en la institución:** | | | | **Mencionar las áreas de apoyo administrativo de la institución:** | | | |
| iv. DATOS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA | | | | | | | |
| **Población atendida en promedio mensual:** | | | |  | | | |
| V. INFORMACIÓN FINANCIERA | | | | | | | |
| **Total de ingresos captados por actividades y/o donaciones** |  | | | | | | |
| **Total de egresos aplicados:** |  | | | | | | |
| **Monto solicitado:** |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **(Lugar y fecha)** | | |  |
|  | |  |  | |
| (Nombre del Representante Legal, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la institución que represento: | | | | |
| **Protesto lo necesario** | | | | |
| **(firma del representante legal)** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULARIOS ESTÁNDAR | | | | | | |
| I. rEGISTRO | | | | | | |
| **No. de Folio de Registro**  **(no llenar)** | | | **Fecha de Recepción**  **(no llenar)** | | | |
|  | | |  | | | |
| **1.2 Nombre del Programa y/o Proyecto** | | | | | | **1.3 Sector de Atención** |
|  | | | | | |  |
| 2. dATOS QUE ACREDITAN LA EXISTENCIA DE LA PERSONALIDAD JURÍDICA | | | | | | |
| **2.1 Datos Generales de la Institución** | | | | | | |
| **Nombre de la Institución:** | | | | | | |
| **Denominación o razón social de la Institución** | | | | | | |
| **Registro Federal de Contribuyentes:** | | | | | | |
| **Siglas:** | | | | | | |
| **Objetivo Social:** | | | | | | |
| **Teléfono y Fax** | | **Correo electrónico** | | | **Página WEB** | |
| **(Nombre del representante legal)**, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí asentados, son ciertos y que han sido debidamente verificados, así mismo que cuento con facultades suficientes para suscribir la propuesta en el presente procedimiento de selección. | | | | | | |
| **2.2 Domicilio** | | | | | | |
| Calle y número: |  | | | Municipio: | | |
| Colonia: |  | | | Entidad federativa: | | |
| Código postal: |  | | | Fax: | | |
| Teléfonos: |  | | | Correo electrónico: | | |
| **2.3 Personalidad Jurídica** | | | | | | |
| * I.A.P. * A.C. * Otras Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **2.4 Fecha de Constitución** | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  día mes año | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.5 Acta constitutiva y sus reformas** | | |
| No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva, como IAP, AC u otra institución no gubernamental |  | Fecha: |
| Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se dio fe de la misma: |  |  |
| Registro Público de la Propiedad: |  | |
| Descripción del objeto social: |  | |
| Reformas al acta constitutiva: |  | |
| **2.6 ¿Tiene la institución autorización de la Secretaría de Hacienda para expedir recibos deducibles de impuestos sobre la renta?** | | |
| * Sí * No * En trámite ¿Desde qué fecha? \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | |
| **2.7 Fecha de la última publicación en el Diario Oficial** | | |
| * Fecha \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Sección ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **2.8 Órgano Supremo de la Institución** | | |
| * Patronato * Consejo * Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Describa cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **2.9 Datos del Representante Legal** | | |
| * Nombre * Domicilio * Teléfono * RFC | | |
| 3. Presentación del Programa | | |
| **3.1 Nombre del Programa y/o Proyecto** | | |
|  | | |
| **3.2 Descripción del Programa y/o Proyecto** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.3 Metas del Programa y/o Proyecto** | |
|  | |
| **3.4 Diagnóstico Situacional** | |
| (Descripción breve de sus necesidades y problemáticas) | |
| **3.5 Enlace del Programa y/o Proyecto**  (Nombre, teléfono y correo electrónico de la persona que servirá de enlace) | |
| * 1. **Tiempo estimado por etapas para la puesta en marcha del programa y/o proyecto** | |
| 1ª | |
| 2ª | |
| 3ª | |
| **3.7 Explique brevemente porque el programa, proyecto o ayuda solicitada, contribuirá a subsanar las necesidades o problemáticas** | |
| 1ª | |
| 2ª | |
| 3ª | |
| **3.8 Costo estimado del Programa** | |
| Conceptos | Monto |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total |  |
| **3.9 Datos de la población atendida** | |
| Población atendida mensual  Mínima\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Máxima \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.10 Características de la población atendida (Por rango de edad)** | | | | | | | | | | | |
| **Edad** | **Hombres** | | | | | | | **Mujeres** | | | |
| De 0 – 4 |  | | | | | | |  | | | |
| De 05 – 09 |  | | | | | | |  | | | |
| De 10 – 14 |  | | | | | | |  | | | |
| De 15 – 19 |  | | | | | | |  | | | |
| De 20 – 24 |  | | | | | | |  | | | |
| De 25 – 29 |  | | | | | | |  | | | |
| De 30 – 34 |  | | | | | | |  | | | |
| De 35 – 39 |  | | | | | | |  | | | |
| De 40 – 44 |  | | | | | | |  | | | |
| De 45 – 49 |  | | | | | | |  | | | |
| De 50 – 54 |  | | | | | | |  | | | |
| De 55 – 59 |  | | | | | | |  | | | |
| De 60 – 64 |  | | | | | | |  | | | |
| De 65 y más |  | | | | | | |  | | | |
| **3.11 Nivel Socioeconómico de la población atendida** | | | | | | | | | | | |
| * Alto * Medio * Bajo * Muy Bajo * Pobreza Extrema | | | | | | | | | | | |
| **3.12 Oficinas con las que se relaciona la OSC’S** | | | | | | | | | | | |
| **Institución** | | | | | | | **Objetivo y/o beneficio** | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| 4. SITUACIÓN FINANCIERA | | | | | | | | | | | |
| **4.1 Situación financiera de la institución** | | | | | | | | | | | |
| **¿Su institución cuenta con patrimonio propio?** | | | | | | | | | | | |
| **4.2 En propiedades inmuebles** | | | | | | | | | | | |
| * Sí * No | | | Valor aproximado: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **4.3 En inversiones** | | | | | | | | | | | |
| * Si * No | | | Valor aproximado: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **4.4 En fideicomisos** | | | | | | | | | | | |
| * Si * No | | | Valor aproximado: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **4.5 Principales fuentes de financiamiento utilizadas para la institución, utilizando como muestra el promedio anual, tomando como base los tres últimos años:** | | | | | | | | | | | |
| **Concepto** | | | | | | **Importe promedio anual** | | | | **%** | |
| Aportación de Patronatos | | | | | |  | | | |  | |
| Cuotas de socios | | | | | |  | | | |  | |
| Recuperación por servicio asistencial | | | | | |  | | | |  | |
| Productos financieros (intereses) | | | | | |  | | | |  | |
| Eventos (rifas, sorteos, bazares, etc.) | | | | | |  | | | |  | |
| Subsidios de gobierno | | | | | |  | | | |  | |
| Actividades productivas (venta de artículos) | | | | | |  | | | |  | |
| Rentas | | | | | |  | | | |  | |
| Otras (especificar) | | | | | |  | | | |  | |
| Total de ingresos promedio anual | | | | | |  | | | | **100 %** | |
| **4.6 Principales egresos de la Institución (Utilizar el promedio anual de los tres últimos años)** | | | | | | | | | | | |
| **Concepto** | | | | **Importe Promedio Anual** | | | | | **%** | | |
| Gastos administrativos | | | |  | | | | |  | | |
| Gastos asistenciales | | | |  | | | | |  | | |
| Otros gastos (especificar) | | | |  | | | | |  | | |
| **Total de egresos**  **(promedio anual)** | | | |  | | | | | **100%** | | |
| 5. Cumplimiento de las Obligaciones Fiscales | | | | | | | | | | | |
| **5.1 Datos generales:** | | | | | | | | | | | |
| Nombre, razón o denominación social: | | | | |  | | | | | | |
| Domicilio fiscal: | |  | | | | | | | | | |
| Clave del Registro Federal de Contribuyentes: | | | | |  | | | | | | |
| ¿Ha presentado en tiempo y forma las declaraciones del ejercicio por impuestos federales que corresponden a los últimos tres ejercicios fiscales, así como las declaraciones de pagos provisionales correspondientes a\_\_\_\_ y\_\_\_\_; por los mismos impuestos, o siendo de nueva creación, he dado cumplimiento a las obligaciones fiscales? | | | | | | | | | | | * Si * No |
| ¿Tiene adeudos fiscales firmes a cargo por impuestos federales? | | | | | | | | | | | * Si * No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **(Lugar y fecha)** | | |  |
|  | |  |  | |
| (Nombre del representante legal de la institución, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la institución que represento: | | | | |
| **Protesto lo necesario** | | | | |
| **(firma del representante legal)** | | | | |
|  | |  |  | |

**NOTAS:**

En el caso de resultar en evaluación favorable, previo a la formalización del convenio de operación deberá:

#### Presentar la información solicitada en estos formularios, formato en papel membretado de la institución y firmado por el representante legal de la misma.

#### Entregar copia de los estados financieros de la OSC’S, emitidos por un despacho contable o un contador certificado.

#### Copia certificada para su cotejo y copia simple para su archivo del acta constitutiva y sus reformas.

SI LAS INSTITUCIONES NO CUMPLEN CON LAS OBLIGACIONES FISCALES DE AÑOS ANTERIORES, SE LES COMUNICA QUE A PARTIR DEL AÑO \_\_\_\_, SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE ESTAR AL CORRIENTE CON LAS MISMAS.

EN CASO DE SER DE NUEVA CREACIÓN O TENER MENOS DE UN AÑO DE OPERACIÓN, SERÁ NECESARIO PRESENTAR SUS REGISTROS CONTABLES AL CIERRE DEL \_\_\_\_\_\_.