



**INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha: / /

Código

**1.- Datos de la institución**

Nombre	
Siglas o acrónimo	R.F.C.

**2.- Domicilio fiscal**

Calle / Avenida	No. Exterior	No. Interior	Colonia
Código Postal	Municipio	Entidad	
Teléfono (s)	Móvil	E-mail	

**3.- Representante legal**

Nombre	Cargo

**4.- Figura legal**

Asociación civil       Fundación       Otra

No. de Notaría	Nombre del Notario	De la Ciudad de	No. de Escritura

**5.- Modificación de Acta constitutiva**

No. de Notaría	Nombre del Notario	De la Ciudad de
fecha de modificación	No. de Escritura	

**DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

**6.- Objeto Social**

Causas de la constitución

Mediante los siguientes servicios

## 7.- Antecedentes de constitución de la institución

## 8.- Población objetivo (indique con A, B, C, D por orden de importancia)

<input type="checkbox"/> Niños, niñas, adolescentes	<input type="checkbox"/> Jóvenes	<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad	<input type="checkbox"/> Personas víctimas de violencia
<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Personas indígenas	<input type="checkbox"/> Personas en situación de calle	<input type="checkbox"/> campesinos
<input type="checkbox"/> Personas con problemas de salud	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Comunidad	<input type="checkbox"/> Migrantes
<input type="checkbox"/> Desempleados	<input type="checkbox"/> Adultos	<input type="checkbox"/> Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otros

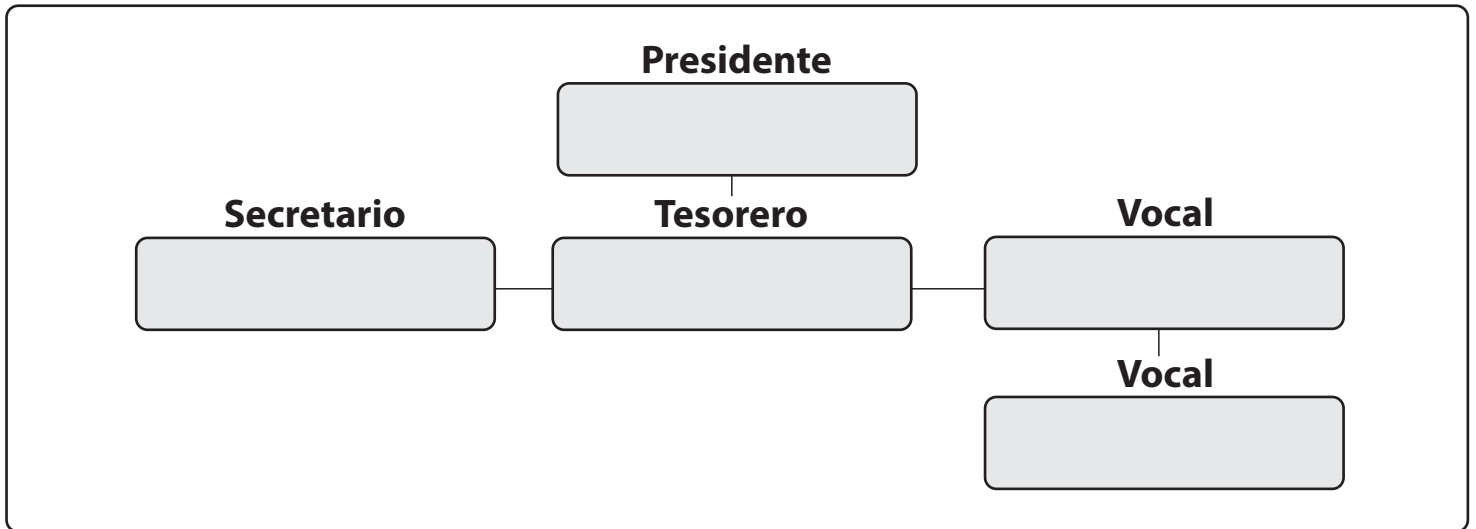
## 9.- Servicios que atenderá

<b>a).- Asistencia médica, nutricional y/o psicológica</b> <input type="checkbox"/> Enfermedades <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales <input type="checkbox"/> Enfermedades terminales <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Oftalmológica <input type="checkbox"/> Adicciones diversas <input type="checkbox"/> Otro	<b>c).- Estancia</b> <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Casa Hogar <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Centro de día <input type="checkbox"/> Otro	<b>f).- Centro de rehabilitación sobre discapacidad</b> <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Otro	<b>i).- Adicciones</b> <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Detección temprana y referencia de caso  <input type="checkbox"/> Tratamiento de internamiento a) ayuda mutua b) modelo mixto c) alternativo d) ambulatorio  <input type="checkbox"/> Otras adicciones a) bulimia b) anorexia  <input type="checkbox"/> Otro
<b>b).- Educación</b> <input type="checkbox"/> Talleres <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Capacitación <input type="checkbox"/> Capacitación para el trabajo <input type="checkbox"/> Educación especial	<b>d).- Apoyos económicos</b> <input type="checkbox"/> Especie <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Becas <input type="checkbox"/> Premios	<b>g).- Asesoría y consultoría</b> <input type="checkbox"/> Orientación social <input type="checkbox"/> Asistencia jurídica <input type="checkbox"/> Adopciones <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Otro _____	<b>e).- Apoyos institucionales</b> <input type="checkbox"/>	<b>h).- Medio ambiente</b> <input type="checkbox"/> Cuidado, sustentabilidad y sostenibilidad	

## 10.- Domicilio donde se imparten los servicios

Calle / Avenida	No. Exterior	No. Interior	Colonia

**11.- Organización de la Mesa Directiva (Organigrama)**



**12.- Trabajo realizado (desde su constitución)**

Área para describir el trabajo realizado desde la constitución de la Mesa Directiva.

**13.- Sector beneficiado**

Personas	Instituciones	Comunidades
Otra		

**14.-Metas enfocadas al logro de su objetivo social**

Área para describir las metas enfocadas al logro de su objetivo social.

## IMPACTO SOCIAL

15.- Impacto social de la organización civil o fundación en su (s) comunidad (es) objetivo

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

16.- ¿Cómo se sostiene económicamente la institución?

17.- Redes e instituciones a las que pertenece o con las que tiene relación la asociación civil o fundación

Locales	
Nacionales	
Internacionales	

## RECURSOS MATERIALES

18.- Recursos materiales propiedad de la organización

A) El domicilio fiscal es:			
<input type="checkbox"/> Propio	<input type="checkbox"/> Rentado	<input type="checkbox"/> Comodato	<input type="checkbox"/> Prestado por un tiempo
<input type="checkbox"/> Otro	_____		

19.- Organigrama del personal que labora en la institución (anotar No. de personas, cargo y profesión)

<b>Director</b>			
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; height: 30px;"></div>			
<b>Cargo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Cargo</b>
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 30px;"></div>
<b>No. de personas</b>	<b>No. de personas</b>	<b>No. de personas</b>	<b>No. de personas</b>
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>

## 20.-Anexos

**Anexo 1.- Plan de trabajo**

**Anexo 2.- Presupuesto para el plan de trabajo**

**Anexo 3.- Listado de personas o grupos beneficiados**

**Anexo 4.- Ubicación del domicilio fiscal de la asociación civil o fundación**

**Anexo 5.- Ubicación del domicilio donde presta el servicio**

Nombre de quien elaboró la Solicitud de reconocimiento

Responsable de la veracidad de la información en este documento

Nombre y firma del Representante legal

**AVISO DE PRIVADIDAD:** El área de Transparencia del IJAS con domicilio en Av. Magisterio No. 1499 A, de la colonia Miraflores en Guadalajara, Jalisco con C.P. 44260, utilizará sus datos personales aquí recabados únicamente con fines de trámite y estadísticos de conformidad con el artículo 3, párrafo 2, fracción II, inciso a), de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios. Para mayor información favor de escribir al correo electrónico [transparencia.ijas@gmail.com](mailto:transparencia.ijas@gmail.com) o consultar la página [www.ijas.mx](http://www.ijas.mx)



# Anexo 2

## PRESUPUESTO PARA EL PLAN DE TRABAJO

<b>Gastos fijos</b>	<b>Descripción</b>	<b>Período</b>	<b>Costo</b>
Agua			
Gas			
Luz			
Papelería			
Renta			
Otros			
<b>Total</b>			

<b>Gastos diversos</b>	<b>Descripción</b>	<b>Período</b>	<b>Costo</b>
<b>Total</b>			

**Total de gastos por mes**

# Anexo 3

## LISTADO DE PERSONAS O GRUPOS BENEFICIADOS

	Fecha de ingreso	Nombre	Edad	Procedencia (domicilio, teléfono, municipio)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

AVISO DE PRIVADIDAD: El área de Transparencia del IJAS con domicilio en Av. Magisterio No. 1499 A, de la colonia Miraflores en Guadalajara, Jalisco con C.P. 44260, utilizará sus datos personales aquí recabados únicamente con fines de trámite y estadísticos de conformidad con el artículo 3, párrafo 2, fracción II, inciso a), de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios. Para mayor información favor de escribir al correo electrónico [transparencia.ijas@gmail.com](mailto:transparencia.ijas@gmail.com) o consultar la página [www.ijas.mx](http://www.ijas.mx)



# Anexo 4

## Ubicación del domicilio fiscal de la asociación civil o fundación



Señalar entre que calles se encuentra:

Colonia, municipio y referencias (escuela, mercados, bancos, etc.)

# Anexo 5

## Ubicación del domicilio donde presta el servicio



Señalar entre que calles se encuentra:  
Colonia, municipio y referencias (escuela, mercados, bancos, etc.)
