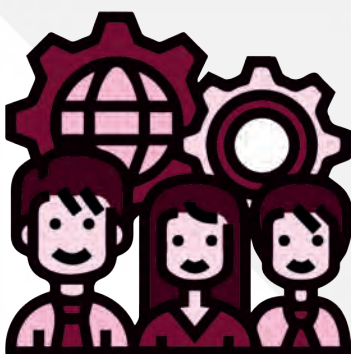




FECHA:

DÍA

MES

AÑO

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
FORMATO DE REGISTRO AL CATÁLOGO 2027

- Antes de llenar esta solicitud, lea detenidamente los apartados de la misma
- Es requisito cumplir con todas las bases para que su registro pueda ser evaluado
- En cualquier momento se podrán hacer visitas a la asociación para conocer sus actividades

I.- DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE FISCAL DE LA ASOCIACIÓN

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

TELÉFONO DE LA A.C.

SEGUNDO TELÉFONO

ENTRE CALLES

LOCALIDAD O CIUDAD

REC

LA PROPIEDAD ES: ☐ RENTADA ☐ PRESTADA ☐ PROPIA ☐ EN COMODATO ☐ OTRA: _____

CORREO INSTITUCIONAL

NOMBRE DEL DIRECTOR OPERATIVO

PRIMERO APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

DOMICILIO OPERATIVO (LLENAR EN CASO DE SER DIFERENTE AL DOMICILIO FISCAL)

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

TELÉFONO DE LA A.C.

SEGUNDO TELÉFONO

ENTRE CALLES

LOCALIDAD O CIUDAD

DIAS QUE LABORA LA ASOCIACIÓN: DE A

HORARIO DE ATENCIÓN: A

OTROS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (LLENAR EN CASO DE SER DISTINTO)

PRIMERO APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

NÚMERO TELÉFONO

SEGUNDO TELÉFONO

NACIONALIDAD

CURP

IDENTIFICACIÓN ☐ INE ☐ PASAPORTE MEXICANO ☐ CEDULA CON FOTO ☐ CARTILLA MILITAR

CONSTITUCIÓN Y LOGROS DE LA ORGANIZACIÓN

FECHA DE CONSTITUCIÓN (SEGÚN EL ACTA CONSTITUTIVA)

DÍA

MES

AÑO

FECHA DE REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y COMERCIO

DÍA

MES

AÑO

VISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO DE LA ORGANIZACIÓN (A QUÉ SE DEDICA)

ACTIVIDAD Y/O SERVICIOS QUE OFRECE

BENEFICIOS Y PROGRAMAS

¿SE HA BENEFICIADO CON ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO?

☐ SI

☐ NO

NOMBRE DEL PROGRAMA

AÑO QUE RECIBIÓ EL APOYO

DESCRIBA LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA POBLACÓN QUE SU ORGANIZACIÓN ATIENDE

TIPO DE POBLACIÓN QUE BENEFICIA PRINCIPALMENTE (PRIORITARIA) SELECCIONA UNA

☐ ADULTOS MAYORES

☐ CASA HOGAR

☐ CULTURA

☐ DEPORTE

☐ MUJERES

☐ PUEBLOS ORIGINARIOS

☐ DERECHOS HUMANOS

☐ DESARROLLO COMUNITARIO

☐ DIVERSIDAD SEXUAL

☐ EDUCACIÓN

☐ MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

☐ SITUACIÓN DE ADICCIONES

☐ ESTANCIA INFANTIL

☐ LIBERADOS DE C.P.R.S

☐ MEDIO AMBIENTE

☐ MIGRANTES

☐ PERSONAS CON DISCAPACIDAD

☐ SALUD

NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS POR LA ORGANIZACIÓN

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 11 AÑOS			
12 A 17 AÑOS			
18 A 29 AÑOS			
30 A 64 AÑOS			
MAYORES DE 65 AÑOS			
TOTAL			

INFORMACIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN

NÚMERO DE EMPLEADOS

VOLUNTARIOS

HOMBRES

MUJERES

SERVICIO SOCIAL

HOMBRES

MUJERES

PRESUPUESTO ANUAL PROGRAMADO PARA 2026

\$

MARQUE CON UNA X UNA O VARIAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y ESPECIFIQUE LA CANTIDAD O ESPECIE OBTENIDA

APORTACIONES DE BENEFICIARIOS

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

APORTACIONES DE LOS INTEGRANTES DE LA OSC

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

DONATIVOS DE EMPRESAS

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

DONATIVOS DE PERSONAS FÍSICAS

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

DONATIVOS DEL GOBIERNO

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

EVENTOS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVOS

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

VENTA DE PRODUCTOS

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

OTRAS (ESPECIFIQUE)

☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE

¿PERTENECE A UNA RED DE ORGANIZACIONES?

☐ SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL?

¿LA ORGANIZACIÓN CUENTA CON SUCURSALES?

☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE LA SUCURSAL 1

NOMBRE DEL ENCARGADO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

NÚMERO TELÉFONO OFICINA

CELULAR DEL ENCARGADO

RFC

CORREO ELECTRÓNICO DE ENCARGADO Y/O DIRECTOR DE LA SUCURSAL

NOMBRE DE LA SUCURSAL 2

NOMBRE DEL ENCARGADO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

NÚMERO TELÉFONO

CELULAR

RFC

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DE LA SUCURSAL 3

NOMBRE DEL ENCARGADO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

NÚMERO TELÉFONO

CELULAR

RFC

CORREO ELECTRÓNICO

El **SUSCRITO(A)** en este acto manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que toda información y documentación presentada es cierta, emitida por la autoridad competente, la cual me identifica ante esta autoridad. Los recursos que se obtengan serán utilizados por mi persona, para el propósito que fueron, tramitados; que no hare uso indebido del mismo, no los enajenaré ni obtendré lucro de ellos; conozco mis derechos y obligaciones, y que en caso de incumplimiento a los requisitos que señala la Ley, me hará sujeto a la casual de baja como beneficiario del apoyo solicitado sin responsabilidad para la autoridad; que conozco y sé que puedo ser sujeto a sanciones y penas establecidas en los artículos 69 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado, artículo 259 del Código Penal para el Estado de Baja California. Asimismo, expreso bajo protesta de decir verdad, que no soy familiar directo de empleados o funcionarios, o bien empleado o funcionario de cualquiera de los tres niveles de Gobierno centralizado o descentralizado; o tener algún interés de negocios. Acepto los términos y condiciones que al solicitar el ingreso al programa no se crea ninguna relación laboral entre el **SUSCRITO (A)** y la **SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**.

1. Autorizo expresamente al Gobierno de Baja California para que dé tratamiento a mis datos personales en los términos de los artículos 11, 14, 16 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Sector Público del Estado de Baja California, 10, 11 y 12 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Apertura Institucional para el Estado de Baja California, 64 y 119 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. 2. Los programas de apoyo de la **SECRETARÍA** son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido su uso y difusión para fines distintos al Bienestar Social. 3.- Con fundamento en los artículos 19 y 20 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Sector Público del Estado de Baja California, en este mismo acto, se hace de su conocimiento que está en posibilidad de consultar nuestro aviso de privacidad de datos personales en nuestro sitio:
<http://www.transparencia.gob.mx/Areas/resultadoBusqueda/34>

FIRMA

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD