**INFORME DE ACTIVIDADES 2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la Institución:** | | | |  | | | | | | | | **RFC:** |  | | | |
| **Representante Legal:** | | |  | | | | | **Cluni:** | | |  | | | | | |
| **Calle:** | |  | | | | **Colonia:** |  | | | **C.P.** | | |  | | **Municipio:** |  |
| **Teléfono:** |  | | | | | **Correo electrónico:** | | |  | | | | | | | |
| **Años trabajados:** | | |  | | **¿Eres Donataria Autorizada?** | | | |  | | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **ARTA DE ACREDITACIÓN** |
| Fecha de acreditación: |

|  |
| --- |
| **REGISTRO DNIAS** |
| ¿Está Registrada en el Directorio de DIF Nacional? |

|  |
| --- |
| **OBJETO SOCIAL** |
| **Describa su objeto social tal como viene en su acta constitutiva** |
|  |

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL AÑO** |
| **Especificar el nombre de las actividades que lleva a cabo y una breve descripción de cada una, incluyendo cobertura y cómo lo realizó.** |
|  |

|  |
| --- |
| **CANTIDAD ANUAL DE BENEFICIARIOS DIRECTOS** |
| **Anexar padrón de beneficiarios atendidos durante el año y describa género, edad, persona moral o física.** |
|  |

|  |
| --- |
| **CATÁLOGO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL** |
| **Marca con una (X) los servicios que ofrece** |
| * **APOYO ALIMENTARIO Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL** * **APOYO ECONÓMICO O APOYO EN ESPECIE** * **APOYO EN GESTACIÓN O LACTANCIA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD** * **APOYO Y ASESORÍA JURÍDICA** * **ESTANCIA DE DÍA** * **ESTANCIA DE NOCHE** * **CASA HOGAR** * **ALBERGUE** * **PROTECCIÓN A DERECHOS DE LOS NIÑOS** * **ATENCIÓN A LA FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO** * **EDUCACIÓN ESPECIAL** * **PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL DESAMPARO O ABANDONO, MARGINACIÓN O SUJETOS DE MALTRATO** * **FOMENTO DE ACCIONES EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD** * **PROMOCIÓN DEL SANO DESARROLLO FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL** * **DESARROLLO, MEJORAMIENTO E INTEGRACIÓN FAMILIAR** * **REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES SOBRE CAUSAS Y EFECTOS DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS DE ASISTENCIA SOCIAL** * **ATENCIÓN Y APOYO A HUÉRFANOS** * **APOYO A MADRES ADOLESCENTES O SOLAS CON HIJOS MENORES DE 18 AÑOS** * **ATENCIÓN A VICTIMAS DE CONFLICTOS ARMADOS Y DE PERSECUCIÓN ÉTNICA O RELIGIOSA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** * **ATENCIÓN Y APOYO A MIGRANTES Y REPATRIADOS** * **ATENCIÓN Y APOYO INDÍGENAS MIGRANTES, DESPLAZADOS O EN SITUACIÓN VULNERABLE** * **ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DEL DELITO** * **ATENCIÓN PERSONAS INDIGENTES** * **ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE DESASTRE** * **PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN, TERAPIA Y HABILITACIÓN DE DISCAPACIDAD** |

|  |
| --- |
| **COSTOS DE LOS SERVICIOS** |
| **Los servicios que ofrece tienen costo** |
| 1. Si Indique el monto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. No |

|  |
| --- |
| **INSTALACIONES** |
| **Indique la situación de las instalaciones y mobiliario de la asociación y si cumple con las autorizaciones de las dependencias de Gobierno como Dictamen de Protección Civil, Responsable Sanitario y Carta del Centro Estatal Contra las Adicciones.** |
| Agregar las opciones como tabla |

|  |
| --- |
| **RECURSO HUMANO** |
| **Enlistar las características de cada persona** |
| Enliste el número de personas según sea el caso:   1. remunerado 2. voluntarios 3. servicio social   Mencione las constancias o reconocimientos de las capacitaciones a los que han asistido)  ¿Qué capacitaciones les gustaría recibir? |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIFUSIÓN** | |
| **Indique los medios que utiliza para difundir los servicios de la institución:** | |
| * **PERIÓDICOS** * **REVISTAS** * **FOLLETOS Y CARTELES** * **RADIO** * **TELEVISIÓN** | * **ESPECTACULARES** * **PARADA DE AUTOBÚS** * **PANTALLA ELECTRÓNICA** * **PERIFONEO** * **INTERNET** |

|  |
| --- |
| **ORIGEN DE LOS RECURSOS** |
| **Monto de los recursos recibidos por parte de Gobierno Municipal, Estatal o Federal.** |
|  |
| Proyecto en el que fueron empleados |
|  |
| Nombre de los Benefactores que lo apoyaron. |
|  |