**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. |
|  |