

Folio de registro	

HOJA

FECHA DE

VERIFICACIÓN

--	--	--

La presente cédula de verificación tiene como objeto cotejar la información que proporciona la institución al momento de solicitar su inscripción al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social, a fin de validar la misma y cerciorarse de que cumple con el objetivo que la define como institución de asistencia social. Al momento de realizar la visita de verificación, debe llevar consigo la cédula de registro de la institución.

En la visita de verificación anote los datos de la institución y marque con una X si coinciden con los proporcionados en la cédula de registro.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN VERIFICADA		COINCIDE
NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:		
DOMICILIO:		
TELÉFONO:		
CORREO ELECTRÓNICO:		
NÚMERO DE ACTA CONSTITUTIVA:		
FECHA DE REGISTRO Y N° DE NOTARÍA:	26	
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES:		

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA EN LA VISITA DE VERIFICACIÓN

Folio de registro	

Marque con una X si el documento presentado durante la visita coincide con el que se tiene en los archivos de registro.

DOCUMENTO	COINCIDE	
	SI	NO
ACTA CONSTITUTIVA		
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL		
IDENTIFICACIÓN DEL DIRECTOR(A)		
COMPROBANTE DE DOMICILIO SOCIAL		
COBERTURA ANUAL DE ATENCIÓN (Informe anual de la institución o documento que avale esa cobertura)		
SERVICIOS QUE OFRECE (Programa de trabajo o documento que avale los servicios)		

POBLACIÓN OBJETIVO DE LA INSTITUCIÓN

(ANOTE EL TIPO Y CANTIDAD DE POBLACIÓN A LA QUE LE HA BRINDADO LOS SERVICIOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO O DURANTE LOS MESES QUE LLEVA OPERANDO)

1.	POBLACIÓN OBJETIVO QUE ATIENDE LA INSTITUCIÓN:				
).				
2.	CANTIDAD DE POBLACIÓN ATENDIDA EN EL ÚLTIMO AÑO:	Niños y/o niñas (0 a 11 años) 15	Adolescentes (12 a 17 años) 5	Adultos (18 a 59 años) 118	Adultos mayores (60 en adelante) 40

¿La población objetivo coincide con lo asentado en la cédula de registro?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

INSTALACIONES	OBSERVACIONES
PROPIAS	
COMODATO	
RENTADAS	
PRESTADAS	

Folio de registro	

(ANOTE EL SERVICIO(S) QUE BRINDA LA INSTITUCIÓN A LA POBLACIÓN OBJETIVO)

¿QUÉ SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL BRINDA A LA POBLACIÓN QUE ATIENDE?

¿El (los) servicios que brinda la institución coincide con el asentado en la cédula de registro?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

INFRAESTRUCTURA DE LA INSTITUCIÓN

MARQUE CON UNA X LA SITUACIÓN DEL INMUEBLE CON EL QUE LA INSTITUCIÓN BRINDA SUS SERVICIOS (ANOTE LAS OBSERVACIONES PERTINENTES)

DATOS DEL VERIFICADOR				
NOMBRE DEL VERIFICADOR:				
SE IDENTIFICA CON:		NÚMERO O FOLIO:		
		EXPEDIDA POR:		
NÚMERO DE TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO:		
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO:	AV. PASEO LA ENCANTADA 102, LA ENCANTADA; C.P. 98000, ZACATECAS, ZAC.			
SISTEMA NACIONAL DIF:		SISTEMA ESTATAL:	X	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA:

Firman de conformidad los aquí presentes
