



# PREMIO NACIONAL AL ALTRUISMO VÍCTOR GONZÁLEZ DR. SIMI 2024



## FORMATO DE INSCRIPCIÓN CATEGORÍA PREMIO VÍCTOR GONZÁLEZ DR. SIMI

En caso de no contar con la información solicitada en alguna de las preguntas, favor de escribir: NO SE APLICA o NO TENEMOS, según sea el caso, con el fin de no dejar ninguna casilla o pregunta sin contestar.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Tipo social: AC, IAP, IBP, etc. \_\_\_\_\_ Rubro de atención: \_\_\_\_\_

Fecha de constitución: \_\_\_\_\_

Acta constitutiva (número de acta, número de notaría, nombre del fedatario, lugar): \_\_\_\_\_

Datos de inscripción en el Registro Público de la Propiedad (folio, foja, libro, sección y fecha): \_\_\_\_\_

Objeto social: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_ Número y fecha de oficio de autorización SAT (donataria autorizada): \_\_\_\_\_

Fecha de última publicación en el DOF (anexo 14): \_\_\_\_\_

### 1. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

Domicilio: \_\_\_\_\_ Col. \_\_\_\_\_

Teléfono o celular: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Pág. Web: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Correo-e: \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

Correo-e: \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular: \_\_\_\_\_

### 2. PERFIL INSTITUCIONAL

Año de inicio de operaciones: \_\_\_\_\_ Año de constitución legal: \_\_\_\_\_

Antecedentes e historia (antigüedad y detalles de cómo se inicio su labor social o ambiental, o ambas): \_\_\_\_\_

Misión: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Objetivos: \_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_

Valores institucionales: \_\_\_\_\_

Principales características de los beneficiarios (*edad, sexo, ubicación, especificaciones especiales*) /

Para el caso de actividad ambientalista, alcance e impacto con su actividad ecologista. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.º beneficiarios promedio mensual: \_\_\_\_\_ N.º beneficiarios promedio anual: \_\_\_\_\_

N.º de beneficiarios promedio desde que inicia labores a la fecha: \_\_\_\_\_

Cautivos: \_\_\_\_\_ Variables: \_\_\_\_\_

N.º de colaboradores (*especificar empleados y voluntarios*): \_\_\_\_\_

Descripción de los servicios que presta y/o actividades que realiza: \_\_\_\_\_

Principales fuentes de financiamiento (*breve descripción de los medios y recursos con que cuenta para atender a sus beneficiarios y realizar sus actividades*): \_\_\_\_\_

Órgano de gobierno (*tipo, número de integrantes*):

(*Señalar si es el consejo directivo, patronato, consejo de administración; mencionar su conformación, presidente, secretario, tesorero, vocales, etc.*)

Estructura orgánica (*organigrama*): \_\_\_\_\_

### 3. PROFESIONALIZACIÓN ORGANIZACIONAL

Sostenibilidad económica: (*Descripción breve del plan de procuración de fondos*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formas de visibilidad: (*Describe los mecanismos que utiliza para dar a conocer sus resultados relevantes: informes anuales, publicaciones, página web, etc.*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voluntariado: (*describir el sistema de voluntariado con el que cuenta*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.º voluntarios promedio anual: \_\_\_\_\_ N.º horas promedio anual: \_\_\_\_\_

Permanentes: \_\_\_\_\_ Temporales: \_\_\_\_\_

Alianzas estratégicas: (*relaciones interinstitucionales con la cual se apoya para brindar un mejor servicio, para la procuración de fondos, etc., y los resultados obtenidos por medios de estas alianzas*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para ser llenado exclusivamente por instituciones ambientalistas.- Detalle las actividades que realiza con el fin de aumentar la concientización y el conocimiento de los ciudadanos sobre temáticas o problemas ecológico-ambientales, la protección al ambiente y la preservación y restauración del equilibrio ecológico, según se aplique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para ser llenado exclusivamente por instituciones del rubro de discapacidad.- Detalle las actividades que realiza para la protección de sus derechos, su inclusión, su rehabilitación y proporcionar mejores condiciones de vida, según se aplique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Logros (*breve descripción*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. NECESIDADES

Proyectos (descripción de la inversión del premio, en caso de resultar ganador nacional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Presupuesto estimado: \_\_\_\_\_

## 6. CERTIFICACIONES Y RECONOCIMIENTOS

Certificados o reconocimientos: (labor social, transparencia, calidad en el servicio, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Acreditación de cumplimiento de normas oficiales de acuerdo al rubro de atención (sólo en caso de que aplique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. POSTULACIÓN

Nombre de la persona o institución que hace la postulación de la institución candidata: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cargo de la persona que postula a la institución candidata (En caso de ser empresa o institución): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Señalar la categoría en la que postula (1.- Altruismo social / 2.- Discapacidad / 3.- Ambientalista): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto y correo electrónico de la persona que postula: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Medio por el cual se enteró de la convocatoria: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**

## 8. ACEPTACIÓN DE BASES Y CONSENTIMIENTO

### Manifiesto:

1. Aceptar expresamente las bases de la convocatoria, en todos y cada uno de sus términos.
2. Reunir todos los requisitos contenidos en la convocatoria y la documentación que los acredite.
3. Responsabilizarme por la autenticidad de la información asentada en el presente formato de inscripción.
4. Que se cuenta con la conformidad y el visto bueno del máximo órgano de gobierno de la institución que se inscribe en la Convocatoria 2024 PREMIO NACIONAL AL ALTRUISMO VÍCTOR GONZÁLEZ DR. SIMI
5. Que mi representada cumple con la legislación vigente, se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales y se compromete a informar cuando haya alguna modificación importante sobre esta condición, durante el periodo de selección y entrega de los premios.
6. Declaro que toda la información que envío a FUNDACION DEL DR. SIMI, A.C. es verídica y puede ser corroborada y acepto los términos del aviso de privacidad contenido en: <http://www.fundaciondrsimi.org.mx/aviso-privacidad.html> por lo que otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros aquí proporcionados o los que FUNDACIÓN DEL DR. SIMI, A.C. llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.
7. Que en caso de proporcionar datos personales de otros titulares, material fotográfico, video o auditivo, me obligo a obtener su consentimiento, el de los padres o tutores (en caso de ser menores de edad) para el tratamiento de sus datos de acuerdo al aviso de privacidad y a informarles los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido aviso.
9. Me comprometo a informar sobre el uso y destino del premio, según proyecto presentado, con reseña y reporte fotográfico. Sabedor que el proyecto debe ser de infraestructura o equipamiento de la institución, o bien, de orientación social o promoción de la salud, y para el caso de ambientalistas, proyectos enfocados a la protección al ambiente y la preservación y restauración del equilibrio ecológico. Quedando excluido cualquier proyecto con enfoque a cubrir gasto operativo.
10. Manifiesto que mi representada es una institución de carácter privado, constituida de forma individual y NO en red agrupada con otras organizaciones.
11. Como representante legal de la institución postulada, declaro no ser servidor público en activo ni candidato a puesto de elección popular.

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ORGANIZACIÓN POSTULADA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**