

**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

Para uso exclusivo del Registro: 161014-15-153343-0

**Clave Única de Inscripción al Registro Federal de
las OSC (CLUNI):** OBA10122211017

Fecha: 2016 01 15

Para realizar el trámite de Informe Anual de las Organizaciones de la Sociedad Civil, no es necesario que proporcione algún documento adicional al presente formato.

Entregamos el presente formato con fundamento en el Artículo 7, Fracción V de la Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil (LFFAROSC), que a la letra dice: Informar anualmente a la Comisión sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de sus propósitos, así como el balance de su situación financiera, contable y patrimonial, que reflejen en forma clara su situación y, especialmente, el uso y resultados derivados de los apoyos y estímulos públicos otorgados con fines de fomento, para mantener actualizado el Sistema de Información y garantizar así la transparencia de sus actividades.

DATOS DE LA OSC

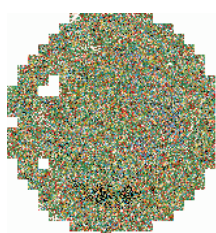
Nombre o Razón Social y figura jurídica:	Ostomizados del Bajío, Asociación Civil
Entidad Federativa:	Guanajuato
Nombres de los representantes legales:	Herlinda Pérez Ramírez
Estatus de la representación legal:	VIGENTE

RESUMEN DEL INFORME ANUAL

Año del Informe:	2015	Número de Apoyos:	1
Fecha de entrega del Informe:	2016-01-15 11:48:00	Fuente del Apoyo:	Municipal
Tipo de Informe:	Ordinario		
Estatus del Informe:	EN TIEMPO		

INSTRUCCIONES:

La sección I deberá ser llenada por la organización en relación con los apoyos o estímulos que haya recibido del gobierno federal, estatal o municipal, tantas veces como apoyos o estímulos se hayan recibido durante el año que informa. La sección II deberá ser llenada una sola vez con datos que permitan conocer la colaboración de la organización en mecanismos de participación ciudadana. La sección III hace referencia a la situación financiera, administrativa y contable de la organización; sólo deberá llenarse una vez. Por último, la sección IV que corresponde a la trayectoria, impacto social, incidencia y vínculos de la organización; sólo deberá llenarse una vez.



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

SECCIÓN I. APOYO(S) PÚBLICO(S) FEDERALES, ESTATALES Y MUNICIPALES.

De la fuente de apoyo o estímulo recibido de la Administración Pública Federal

No Recibió apoyos del Gobierno Federal

De la fuente de apoyo o estímulo de gobierno Estatal.

No Recibió apoyos del Gobierno Estatal

De la fuente de apoyo o estímulo de gobierno Municipal.

Esta sección aplica para aquellos proyectos o acciones de la organización cuya fuente de apoyo o estímulo haya sido de gobierno municipal.

Municipio/Entidad Federativa	León, Guanajuato
Nombre del Programa	Dirección de Gestión Social Presidencia Municipal de León de los Aldama

Tipo de apoyo

Económico	(X)	Monto (\$)	36000
Especie	()	Descripción	
Capacitación Presencial	()	Tema	
Capacitación a Distancia	()	Tema	
Asesoría	()	Tema	
Servicios	()		
Difusión y comunicación	()		
Convenios	()	Descripción	

SECCIÓN I.A Del uso y destino del apoyo o estímulo recibido

1. Marque la casilla correspondiente, si la población que atendió predominantemente fue rural o urbana:

Población rural (aquella que tiene menos de 2,500 habitantes)	<input type="checkbox"/>	Población urbana (aquella que tiene más de 2,500 habitantes)	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--------------------------	--	-------------------------------------

2. Indique las siguientes características del uso y destino del apoyo recibido: el tema, de la misma manera el subtema, línea de acción en que se incidió, grupo de población apoyada, edad, sexo de las personas beneficiarias del proyecto así como el lugar dónde éste se efectuó. Es importante que la información sea detallada.

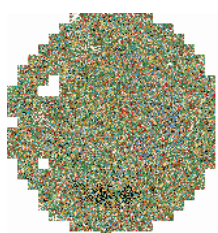
Tema	Subtema	Línea de acción	Grupo de población apoyada
C.9. Asistencia social (a grupos sociales en estado de vulnerabilidad)	C 9.12 Otros Especifique: Capacitación y apoyo a personas con estoma de eliminación	Otros Especifique: Participar en la reintegración de la persona ostomizada con asesoría y equipo, ofreciéndole soluciones con sentido humano.	Otro

Edad	Sexo	Lugar (Entidad/Municipio/Localidad)
Todos	Todos	Guanajuato / Todos los municipios / Todas las localidades

3. Del patrimonio adquirido con el apoyo o estímulo recibido.

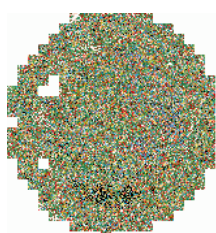
Marque el(los) bien(es) que haya(n) sido adquirido(s) con el apoyo o estímulo durante el año que informa (puede seleccionar más de una opción):

Terreno/Construcción		Equipo de audio y vídeo	
Mobiliario		Material didáctico	
Máquinas y Herramientas		Vehículos de transporte	
Equipo de cómputo		Insumos no perecederos	
Material bibliográfico		Equipo médico	
Programas de cómputo		Vivienda	
Habilitación y/o mantenimiento de instalaciones		Otros. Especifique Dispositivos Médicos (barreras y bolsas de ostomía) y materiales especializados en el tratamiento de la piel periestomal.	X



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

SECCIÓN II. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Esta sección aplica para aquellos mecanismos de diálogo ciudadano con el gobierno en qué haya participado la organización.

1. ¿La organización participó en algún mecanismo de participación ciudadana?

Sí () No (X)

2. Indique el ámbito en que se realizó el mecanismo de participación ciudadana.

Mecanismo de participación ciudadana	Nombre del Mecanismo	Nivel de Gobierno	Nombre de la dependencia entidad pública/entidad federativa/Municipio

SECCIÓN III. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN.

1. ¿Actualmente la organización es donataria autorizada?

Sí (X) No ()

2. Considerando que la Ley de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil define redes como “agrupaciones de organizaciones que se apoyan entre sí, prestan servicios de apoyo para el cumplimiento de su objeto social y fomentan la creación y asociación de organizaciones”, ¿su organización pertenece a alguna red de organizaciones de la sociedad civil?

Sí (X) No ()

2.a

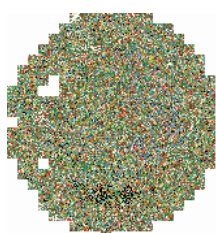
Nombre	Año de formación	Ámbito	Número de organizaciones que lo integran	Área donde trabaja
United Ostomy Associations of América	2013	Internacional	28	MEXICO

3. ¿La organización recibió donativo(s) de alguna(s) dependencia(s) o entidad(es) pública(s) durante el año que informa?

Sí (X) No ()

4. Indique con cuántos asociados cuenta la organización, de ellos cuántos son hombres o mujeres y qué edades tienen:

Edad	Hombres	Mujeres	Total
15 a 29	43	38	81
30 a 49	45	47	92
50 a 65	36	31	67
66 en adelante	29	27	56
0 a 6	0	0	0
7 a 14	0	0	0
Total	153	143	296



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

5. Escriba en la fila correspondiente el número y la edad de las personas que ocupan cargos de representación legal en la organización.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Cargo
15 a 29	0	0	0	
30 a 49	1	0	1	Vice- Presidente
50 a 65	0	1	1	Tesorera
66 en adelante	0	0	0	Tesorera
0 a 6	0	0	0	
7 a 14	0	0	0	
Total	1	1	2	

6. Indique el número y las edades de los empleados remunerados con que cuenta la organización:

Edad	Hombres	Mujeres	Total
15 a 29	0	0	0
30 a 49	0	0	0
50 a 65	0	0	0
66 en adelante	0	0	0
0 a 6	0	0	0
7 a 14	0	0	0
Total	0	0	0

7. ¿La organización cuenta con voluntarios (as) que apoyen sus funciones y actividades?

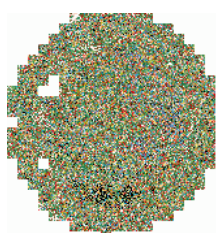
Sí (X) No ()

7.a Escriba el número en el rango de edad y las horas promedio mensual por mes de las personas que realizan labor voluntaria en la organización:

Edad	Voluntarios Hombres	Horas promedio mensual por cada Voluntario	Voluntarias Mujeres	Horas promedio mensual por cada Voluntario	Total de horas Hombres	Total de horas Mujeres
15 a 29	0	0	0	0	0	0
30 a 49	2	50	0	0	100	0
50 a 65	0	0	1	50	0	50
66 en adelante	0	0	0	0	0	0
0 a 6	0	0	0	0	0	0
7 a 14	0	0	0	0	0	0
Total	2	50	1	50	100	50

7.b ¿La organización cuenta con alguno de los siguientes rubros?.

	Manual para el Voluntario(a)
X	Expediente de cada Voluntario(a)
X	Capacitación a Voluntario(a)
X	Coordinador de Voluntario(a)
	Perfiles de reclutamiento de Voluntario(a)
X	Uniforme o identidad gráfica de Voluntario(a)
X	Procesos de bienvenida y desvinculación de Voluntario(a)
	Sistema de reconocimiento y retención de Voluntario(a)
	Recepción de voluntarios(as) internacionales



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

8. La organización contó durante el año que se informa con programas o espacios de participación enfocados a algún grupo de edad específica (jóvenes, niños, adultos mayores, entre otros)?

Sí () No ()

8.a Por favor enliste los nombres de los programas o espacios de participación, el principal tema de éstos, así como las edades, el sexo y el número de los participantes.

Nombre del programa o espacio de participación	Principal tema abordado	Edad a la que se enfocó el programa o espacio de participación						Sexo de las personas que participaron		
		0 a 6	7 a 14	15 a 29	30 a 49	50 a 65	66 en adelante	H	M	Total
Cuidado Integral del estoma	Prevención y curación de piel periestomal			X				8	3	11
Cuidado Integral del estoma	Prevención y curación de la piel periestomal				X			19	15	34
Nutrición	Alimentos para personas con estoma de eliminación				X			21	18	39
Nutrición	Alimentos para persona ostomizada					X		9	12	21
Cuidado Integral del estoma	Prevención y curación de la piel periestomal					X		5	7	12

9. De los ingresos

Considerando los ingresos totales de la organización en el año que informa, indique en el rubro correspondiente el porcentaje que esa fuente de financiamiento aportó al total de los recursos manejados por la organización durante el año que se informa. Deberá cuidar que el porcentaje final sea de 100 por ciento exacto. Los porcentajes se deben capturar en números enteros sin decimales (ejemplo: 10, 18, 23, etc.) sin especificar el monto (\$). Se podrá informar en ceros (0%) únicamente cuando la organización no haya recibido ningún tipo de ingreso por cualquiera de los conceptos señalados en el presente formato. Para ello deberá dejar los espacios en blanco sin hacer ninguna anotación.

Financiamiento público federal	0	Cuotas de recuperación	0
Financiamiento público estatal	0	Venta de productos y/o servicios	83
Financiamiento público municipal	12	Colectas	5
Financiamiento de instancias internacionales	0	Donativos de particulares	0
Financiamiento de organizaciones nacionales	0	Cuotas de miembros	0
Donativos de empresas	0	Otro:	0

Total	100 %
--------------	-------

SECCIÓN IV. DE LA TRAYECTORIA, IMPACTO SOCIAL, INCIDENCIA Y VÍNCULOS HISTÓRICOS DE LA ORGANIZACIÓN.

1. ¿La organización ha recibido alguna certificación desde su constitución?

Sí () No ()

Fecha de la certificación	¿Quién se lo otorgó?		Motivo de la certificación
	Institución	Nombre de la certificación	

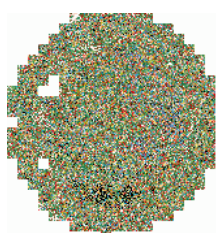
2. ¿La organización ha recibido algún premio desde su constitución?

Sí () No ()

Fecha del premio	¿Quién lo otorgó?			Nombre del premio	Motivo del premio
	Sector	Ámbito	Institución		
2011-12-09	Institución Pública	Municipal	Otro Especifique: Presidencia municipal de León	Por la loable labor en favor de los grupos vulnerables del Municipio de León	Reconocimiento

2.1 Desde su constitución, ¿la organización ha recibido algún premio del Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol)?

Sí () No ()



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

3. Desde la constitución de la organización, ¿algún miembro de la organización ha recibido algún premio?

Sí () No (X)

Fecha en que lo recibió	Nombre del premio o distinción	Motivo del premio o distinción

4. Enumere los tres principales logros que ha tenido la organización en los siguientes rubros durante los años que ha trabajado desde su constitución

Logro	Prioridad	Especifique
Impacto Social	3	Integración a la vida cotidiana de la persona ostomizada
Incidencia en Políticas Públicas	0	
Vinculación Social	2	IMSS.ISSSTE, Clínicas de Salud del Gobierno del Estado GTO. y Clínicas particulares.
Fortalecimiento o Profesionalización	1	Capacitación constante del los integrantes de la Organización

5. Desde la constitución de la organización, ¿ha logrado algún impacto social?

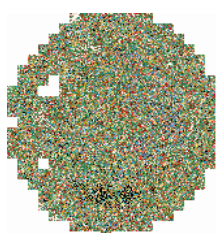
Sí (X) No ()

Ámbitos	Incidencia	
Población específica (cuantificable): participantes, personas, grupos, otras organizaciones de la sociedad civil.	Alcance de metas derivados de un objetivo.	X
	Logro inmediato.	
	Proyecto anual	
	Otros. Especifique:	
Entorno social inmediato: Personas, Grupos, Allegados	Generar cambios en las personas.	X
	Generar cambios en el entorno social inmediato.	
	Observatorios	
	Otro. Especifique:	
Comunidad Región	Generación de cambios en el entorno	
	Desarrollo microrregional	
	Cambios culturales	
	Generar cambios en el medio ambiente	
	Otros. Especifique: Establecer una Conciencia entorno de las situaciones al trato de la persona ostomizada	X
Nacional	Incidencia en políticas públicas	
	Propuesta de reformas a las leyes	
	Inclusión	
	Cambios culturales	
	Disminución de la violencia	
	Otros. Especifique: que toda persona ostomizada tenga acceso a materiales de ostomías de calidad logrando así una superación propia del individuo ostomizado	X

6. ¿La organización ha recibido algún apoyo externo?

Sí () No (X)

Grupo de quien se apoya	Nombre	Tipo de apoyo	Tiempo del apoyo



Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil

FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

7. ¿La organización ha proporcionado apoyo a alguna otra organización o instancia?

Sí () No (X)

Grupo a quien apoya la organización	Nombre	Tipo de apoyo	Tiempo del apoyo

8. Mencione la forma en que la organización realiza sus acciones, de acuerdo con los siguientes criterios:

8.a ¿Cuál es el objetivo del proyecto a largo plazo de la organización en el marco de su misión? (Mínimo 75 palabras; máximo 350)

Reintegración a la vida cotidiana de la persona ostomizada ofreciéndole materiales de calidad (barreras y/o bolsas) a las que tiene derecho, constante participación en cursos y programas en la prevención, control y mejoramiento en los cuidados básicos de la piel periestomal, apoyar al paciente en la adaptación de su nuevo cambio ocasionados por la intervención quirúrgica mutiladora y cambiante en su esquema corporal, ayudar y promover una mirada optimista y positiva acerca de las alternativas y la autonomía que hoy se puede obtener notablemente en la calidad de vida y la socialización de toda persona ostomizada.

8.b ¿La organización cuenta con alguna actividad permanente de interacción con el grupo social con el que trabaja?

Sí (X) No ()

Actividad Permanente	Describe la actividad permanente de interacción
- Distribución de los beneficios	Se pone a disposición de la persona ostomizada los materiales (barreras y bolsas) adecuados al tipo y forma de su estoma, se capacita mensualmente con cursos proporcionados por los tres importantes fabricantes de materiales de ostomías (CONVATEC, HOLLISTER Y COLOPLAST) los cuales nos proporcionan a especialistas en temas relacionados en estomas de eliminación. Estos cursos mensuales se llevan a cabo en el CENTRO DE APOYO AL OSTOMIZADO, ubicado en calle Salida a los Gómez # 403 esquina con Malecón del Río # 2110 en la Colonia Peñitas.

8.c ¿El trabajo de la organización se enfoca a la mejora de la calidad de vida de personas o grupos de trabajo?

Sí (X) No ()

8.d ¿El trabajo de la organización incluye el desarrollo de capacidades de las personas?

Sí (X) No ()

8.e ¿El trabajo de la organización incluye el desarrollo de capacidades institucionales de organizaciones?

Sí () No (X)

9. ¿La organización ha realizado proyectos, programas y acciones de manera permanente desde su constitución a la fecha?

Sí (X) No ()

Indique la(s) Entidad(es) Federativa(s), Municipio(s) o Delegación(es) y Localidad(es) en que la organización ha realizado proyectos, programas y acciones de manera permanente desde su constitución a la fecha (puede anotar más de una opción).

Entidad Federativa	Municipio o Delegación	Localidad
Guanajuato	León	Todas las localidades

10. Vinculación de la organización

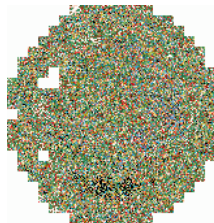
¿Desde su constitución la organización ha establecido vinculación con otras organizaciones, colegios de profesionistas, universidades, entre otros?

Sí () No (X)

Instancia, organización, grupo, colegio de profesionistas, universidades, agrupaciones, u otras asociaciones.	Nombre	En qué temas se vinculan	Tiempo de la vinculación

11. Indique con cuáles de los siguientes bienes cuenta la organización:

Instalaciones	Equipo y mobiliario	Vehículos/Cantidad	Régimen de propiedad
SI			Comodato
	SI		Comodato



**Comisión de Fomento de las Actividades de
las Organizaciones de la Sociedad Civil
Secretaría Técnica
Registro Federal de las Organizaciones
de la Sociedad Civil**

**FORMATO DE INFORME ANUAL DE LAS
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL**

FIRMA

Declaramos bajo protesta de decir verdad que los datos aquí asentados, son fidedignos, vigentes y que no incurrimos en ninguno de los supuestos señalados en los artículos 8 y 30 de la LFFAROSC. De igual forma, y conforme a lo establecido en la fracción V del artículo 7 de la ley en comento se entrega el Informe Anual.

Nombre del Representante Legal	Herlinda Pérez Ramírez
Número de Certificado Digital:	bc8g2VAGtpnTqowP0DknOk0i2AjlVrRYAW4596z5fpltK4WD+AZR9W/KluZ6USRnHwo0akt+92O1N++g/RrHBw==
Caracteres de Autenticidad:	98f45bc37f2cefc8f84061283c941ad
Fecha y hora:	2016-01-15 11:48:00