DEPARTAMENTO DE ALIMENTARIA

SISTEMA DIF HUEJUCAR JALISCO

2018-2021

NOMBRE DEL PROGRAMA:

Primeros 1000 días de vida

Objetivos:

- **Contribuir a un estado nutricional adecuado de los niños en sus primeros 1000 días de vida, a través de:**
- La entrega de dotaciones o raciones alimentarias nutritivas,
- Fomento de la educación nutricional, la lactancia materna y
- Prácticas adecuadas de cuidado, higiene y estimulación temprana, para el correcto desarrollo.

ACCIONES PROPUESTAS:

Promover:

Una dieta nutritiva y saludable para madres durante el embarazo y la lactancia.

Promover alianzas para lograr una atención integral con acciones de asistencia nutricional y sanitaria a mujeres embarazadas

Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuada por 2 años o más.

Estilos adecuados de crianza, apego y alimentación de bebés y niños menos de 2 años.

Adecuados patrones de alimentación complementaria

Una dieta saludable y nutritiva para bebés y niños pequeños, que incluya variedad, diversidad dietética, regionalizada y adecuada a su situación fisiológica.

POBLACIÓN OBJETIVO

Mujeres embarazadas de 1 a 4 meses de gestación en el mes de Enero y/o en período de lactancia.

Niñas y niños de 06 meses cumplidos al mes de enero (nacidos en el mes de Julio del 2019).

Niñas y niños de 12 meses cumplidos al mes de enero (nacidos en el mes de Enero del 2019).

CRITERIOS PARA LA FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

- Personas que habiten en zonas rurales, urbanas e indígenas de alto y muy alto grado de marginación de acuerdo a CONAPO 2010,
- Población que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad y que no reciban apoyo de otros programas alimentarios. Identificación de mujeres en periodo de embarazo y lactancia.

DOTACIÓN PARA EMBARAZADAS Y MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA

Alimentos básicos:

La dotación deberá estar conformada por al menos 15 insumos:

- Dos cereales que sean fuente de fibra o dos alimentos que sean fuente de calcio, uno de ellos tiene que ser leche entera
- Dos variedades de leguminosas (frijol, lenteja, garbanzo, entre otros).

Alimentos complementarios:

- Verduras
- Fruta fresca

LOS MESES DE ENERO - ABRIL SE ENTREGARON ESTOS ALIMENTOS

1 PAQUETE. Avena en hojuelas-1 KG
1 PAQUETE. Lenteja chica-250 G
1 PAQUETE. Frijol claro-1 KG
1 PAQUETE. Arroz blanco-500 G
1 PAQUETE. Pasta con fibra para sopa-200 G
Leche semidescremada- 8 L

DE MAYO A DICIEMBRE SE ENTREGARON ESTOS ALIMENTOS

Mujeres Embarazadas y en Periodo de Lactancia

Producto
1 PAQUETE. Arroz blanco-1 kg
1 PAQUETE. Harina de Maíz nixtamalizada-1 kg
1 PAQUETE. Lenteja chica-250 g
1 PAQUETE. Frijol-1 kg
1 PAQUETE. Avena en hojuelas-1 kg
6 PAQUETE. Pasta con fibra para sopa-200 g
1 PAQUETE. Pechuga de pollo deshebrada-125 g
1 PAQUETE. Aceite de canola-500 ml
2 LATAS. Atún aleta amarilla en agua-140g
1 PAQUETE. Ensalada de verduras-215 g
1 PAQUETE. Complemento Alimenticio-500 g
1 PAQUETE. Mini Galletas de trigo con avena-500 g
Leche entera ultrapasteurizada-8 L

Lactantes de 6 a 11 Meses de Edad

Producto
1 PAQUETE. Arroz- 1 KG
1 PAQUETE. Lenteja chica- 250 G
1 PAQUETE. Frijol- 1 KG
1 PAQUETE. Avena en hojuelas- 1 KG
1 PAQUETE. Harina de Maíz nixtamalizada- 1 KG
3 PAQUETE. Pasta con fibra para sopa- 200 G
1 PAQUETE. Pechuga de pollo deshebrada- 125 G

Niñas y Niños de 12 a 24 meses de edad

Producto
1 PAQUETE-Arroz- 1 KG
1 PAQUETE-Lenteja chica-250 G
1 PAQUETE-Frijol- 1 KG
1 PAQUETE-Avena en hojuelas- 1 KG
1 PAQUETE-Pechuga de pollo deshebrada-125 G
1 PAQUETE-Leche entera ultrapasteurizada- 8 L
3 PAQUETE-Pasta con fibra para sopa-200 G
1 PAQUETE-Atún aleta amarilla en agua- 140 G
1 PAQUETE-Harina de Maíz nixtamalizada-1 KG
1 PAQUETE-Mini Galletas de trigo con avena-500 G

DOTACIÓN PARA NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD

Alimentos básicos:

- Al menos **dos cereales (avena, arroz, maíz)** para lactantes y niños de corta edad, en suficiente cantidad para ofrecer una porción diaria.
- Al menos **un kilogramo de 2 leguminosas diferentes** (frijol, lenteja, garbanzo, entre otros).

Alimentos complementarios para niños de 6 a 11 meses de edad:

- Fruta fresca
- Verdura fresca

DOTACIÓN DE NIÑOS DE 12 MESES A 2 AÑOS

Alimentos básicos:

- **Leche entera**, en cantidad suficiente para ofrecer al menor mayor variedad de alimentos preparados sin suspender la lactancia materna.
- Almenos **dos tipos de cereales (avena, arroz, maíz, pasta), fortificados** de acuerdo con la NOM-247- SSA1-2008 y en cantidad total de por lo menos 1 kilogramo por mes.
- Al menos **un kilogramo de 2 leguminosas diferentes** (frijol, lenteja, garbanzo, entre otros).

Alimentos complementarios:

- Productos de origen animal (por ejemplo: atún, sardina, huevo fresco).
- Frutas frescas
- Verduras frescas

Metas:

- Se propone una dieta nutritiva y saludable para madres durante el embarazo y la lactancia.
- Promover alianzas para lograr una atención integral con acciones de asistencia nutricional y sanitaria.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuada por 2 años o más.
- Promover estilos adecuados de crianza, apego y alimentación de bebés y niños menores de 2 años.
- Implementar adecuados patrones de alimentación complementaria.
- Incluir una dieta saludable y nutritiva para bebés y niños pequeños, que incluya variedad, diversidad dietética, regionalizada y adecuada a su situación fisiológica.

Presupuesto: en especie.

REGLAS DE OPERACIÓN:

https://difjalisco.gob.mx/programas-sociales/seguridad-alimentaria

Requisitos:

Mujeres Embarazadas y en periodo de lactancia:

- ✓ CURP
- ✓ Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses
- ✓ Cartilla de salud de los 1,000 días (Proporcionada en su centro de salud), otras cartillas de seguimiento.
- ✓ Identificación oficial vigente (IFE, INE)
- ✓ EFIIA (con inseguridad alimentaria)
- ✓ En el caso de mujeres en periodo de lactancia se pedirá la CURP del niño).

- ✓ *Niños de 06 meses y 12 meses:*
- ✓ CURP
- ✓ Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses
- ✓ Identificación oficial vigente (IFE, INE) de madre, padre o tutor
- ✓ Certificado o constancia médica con peso y talla
- ✓ EFIIA (con inseguridad alimentaria)

Tramites:

Mujeres embarazadas preferentemente de 1 a 4 meses de gestación en el mes de Enero y/o en período de lactancia.

- ❑ Niñas y niños de 06, 07 y 08 meses cumplidos al mes de enero (nacidos en el mes de Julio del 2019).
- ❑ Niñas y niños de 12 meses cumplidos al mes de enero (nacidos en el mes de Enero del 2019).

DIRECCIÓN O ÁREA EJECUTORA DENTRO DEL SUJETO OBLIGADO:

DIF Huejúcar departamento de alimentaria.

RESPONSABLE DIRECTO:

Armando Díaz Villaneda.

Cumplimiento de metas:

Los primeros 1000 días de vida constituyen un período breve y único de oportunidad en el que se establecen las bases para que los niños logren alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimo disminuyendo la carga de mortalidad a través de la vida.

PADRÓN DE BENEFICIARIOS:

PADRON 1

SAN JOSE DE LOS MARQUEZ

BENEFICIARIOS
ORQUIDIA HERNANDEZ BARRAGAN
BERENICE MARQUEZ OLGUIN

TLALCOSAHUA

BENEFICIARIOS
MARCELA FLORES OCHOA
ALMA DELIA ORTEGA DIAZ

LAS BOCAS

BENEFICIARIOS
ANGELICA FLORES GARCIA
SILVIA GOMEZ DIAZ

LA MESA DE MARIA DE LEON

BENEFICIARIOS
ANGELICA GARCIA DIAZ

EL ALAMO

BENEFICIARIOS
ELIZABETH BENITEZ RAMIREZ

SAN JOSE DE LOS MARQUEZ

BENEFICIARIOS

ALEXA LYVETTE MONTES HAR

HUEJUCAR

BENEFICIARIOS
ANA PATRICIA FLORES DEL REAL
GENOVEVA GARCIA FLORES
MARIA REYES GARCIA FLORES
CECILIA DE LEON FLORES
REYNA YOVANA MARQUEZ DE HARO
MIRIAM YESENIA MAGALLANES LORA
CLAUDIA MARQUEZ ROBLES
GABRIELA YOVANA ORTIZ JACINTO
SARITA PADILLA ROMAN
ANA CRISTINA RAMOS MEJIA
YESENIA ISABEL DE LA ROSA FLORES
YESSICA RODRIGUEZ DE LA TORRE
ANA BELEN DE SANTIAGO CARLOS
EVELIN SANDOVAL RODRIGUEZ
MARTHA ALEJANDRA SIFUENTES BENITEZ
KITZIA ALEJANDRA SILVA DELGADO
ADELINA DE LA TORRE BERUMEN
ROCIO DEL CAMREN TRUJILLO VILLA

PADRON 3

TLALCOSAHUA

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
MARTHA SOFIA CASTILLO LOPEZ	MA GUADALUPE LOPEZ APARICIO
ARELY VALENTINA GUZMAN CAMPA	ALEJANDRA CAMPA GARCIA
VICTORIA ISABEL PEREZ RONDAN	ELVIA LIZBETH RONDAN FLORES

SAN JOSE DE LOS MARQUEZ

BENEFICIARIOS	RESPONSABLES
ALEXA LYNETTE MONTES HARO	GRACIELA HARO CARLOS

NESTORES

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
EMMANUEL ALBA GONZALEZ	HAYSA GONZALEZ ROSALES

LA MESA DE MARIA DE LEON

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
ELVIA AIDE MACIAS CARLOS	ELVIA CARLOS DE SANTIAGO
JOSE JOEL MORA VALENZUELA	LUZ MARIA VALENZUELA CARLOS

CIENEGA GRANDE

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
LINO TADEO RODARTE LOPEZ	ZONIA LOPEZ RODRIGUEZ

LAS BOCAS

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
FELIPE BAÑUELOS MARQUZ	BRENDA CECILIA MARQUEZ VILLA
MONSERRAT GALLEGOS ZESATI	VIRIDIANA JUDITH ZESATI VILLANEDA

EL ALAMO

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
ANDREA RAMIREZ PADILLA	FATIMA ALICIA PADILLA ROMAN

ACHIMEC

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
MARIA GUADALUPE ACOSTA ROJAS	ALEJANDRA ROJAZ MEZA
TADEO GARCIA MEZA	ARACELY MEZA DEL REAL

FERNANDA MEZA RODRIGUEZ	ARACELY RODRIGUEZ SANCHEZ
CARMEN REGINA VELAZQEZ ACOSTA	MARIA ELIZABETH ACOSTA MARIN
ABELARDO VELAZQUEZ ENRIQUEZ	ROSANA RAMOS ENRIQUEZ

HUEJUCAR

BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
MATEO DE JESUS ALVISO AMEZCUA	LIZETT NOEMI AMEZUA FRANCO
EMMANUEL CASTRO LOPEZ	MIRIAM JOANA LOPEZ LANDEROS
MARIA ANGELICA CARRILLO RODRIGUEZ	VALRIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
JESUS SEBASTIAN DAVILA LANDEROS	CRISTINA ISABEL LANDEROS GARCIA
TADEO EZEQUIEL DIAZ LOPEZ	RUTH MARIA LOPEZ FRAGOZO
DIEGO FLORES AMEZCUA	PERLA JAZMIN AMEZCUA FRANCO
DYLAN GOMEZ LOPEZ	CLAUDIA LETICIA LOPEZ LOPEZ
JESUS CALEB DE HARO DONES	ALEJANDRA DONES DE LA TORRE
BRAULIO HERNANDEZ LANDEROS	BRENDA GALVAN LANDEROS
AIDA HERRERA ORTEGA	AIDA ORTEGA HERANDEZ
FABIAN QUIÑONEZ LOPEZ	YESENIA LOPEZ LANDEROS
CELESTE BAÑUELOS SANCHEZ	MA GUADALUPE BAÑUELOS RIVERA
AITANA ALEJANDRA DE SANTIAGO LANDEROS	MARTHA ALEJANDRA LANDEROS FIERROS
ANTONIO SANCHEZ ROMAN	CARMEN ALICIA ROMAN MEJIA
RUBY TRUJILLO GOMEZ	MONICA GOMEZ VAZQUEZ
ARATANI ONYXIA TRUJILLO LUNA	ALISON KELIN LUNA GARCIA
ANGEL GABRIEL VALENZUELA MARQUEZ	JUANITA MARQUEZ MARQUEZ
VALENTINA VILLAREAL ACEVEDO	MARGARITA CABRAL CASAS
MARIA BELEN VIDALES DE SANTIAGO	ANA BELEN DE SANTIAGO CARLOS
LIAM XAVIER HERNANDEZ VELAZQUEZ	CLARITA VELAZQUEZ VELA
MADELINE LOPEZ BERUMEN	CARIZ JULIETA BERUMEN SALAZAR
CARLOS SALOMON LOZOYA RAIGOZA	PERLA SAMANTHA RAIGOZA FIERROS
LETICIA LOPEZ RAMOS	FERNANDO LOPEZ CHAVEZ
DENISSE MARQUEZ FLORES	JOSE ANTONIO MARQUEZ VILLA
YESENIA GUADALUPE MARQUEZ MAGALLANES	MIRIAM YESENIA MAGALLANES LORA
DAISY KRISTEL MARQUEZ QUIÑONEZ	BRENDA QUIÑONEZ DE LA TORRE
BERNANDO MURILLO PEREZ	SANDRA PEREZ FLORES
JORGE ALBERTO ORTIZ DE LA TORRE	KARLA CECILIA DE LA TORRE BERUMEN
AARON MATEO PEREZ CASAS	JAQUELINE CASAS MENDOZA

NUMERO DE BENEFICIARIOS: 71

MONTO ASIGNADO: el apoyo es en especie.

FECHA EN QUE SE OTORGÓ: enero a diciembre del 2020.

NÚMERO DEL PERSONAL QUE LO APLICA:

2 personas.

Armando Díaz Villaneda.

Brenda Aurelia Torres Velázquez

COSTO DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA: $7.00 y $10.00

En el periodo de Enero a Diciembre de 2020 se realizaron las entregas mensuales de acuerdo al padrón de beneficiarios, los cuales cumplieron con todos los requisitos, plática de orientación alimentaria y cuota de recuperación, este programa se trabaja en lo mismo durante todo el año por lo que no varía la información, en caso de que allá modificaciones en el seria por la baja de beneficiarios y/o cambien a otros, teniendo así un total del 100% de beneficio directo.

Armando Díaz V.

C. ARMANDO DIAZ VILLANEDA

PROMOTOR ALIMENTARIO

DIF HUEJÚCAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
2018 HUEJÚCAR, JAL. 2021

Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida

Instrucciones:
Favor de contestar según la ***Guía de llenado*** *anexa al final.*

Este cuadro sera llenado por SMDIF despues de capturarla

☐ 1.- Seguro 2.- Inseguridad Leve 3.- Inseguridad Moderada 4.- Inseguridad Severa

Elaborado por: _____
Nombre y Cargo

1.- Ficha de Identificación

Entidad Federativa _____ Municipio _____ Localidad _____

2.- Datos de Identificación del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento _____ _____ _____ CURP _____
Día Mes Año

Estado Civil del Beneficiario
☐ 1. Soltero ☐ 4. Viuda
☐ 2. Casado ☐ 5. Unión Libre
☐ 3. Divorciado ☐ 6. No Aplica

Telefono _____ Ingreso Mensual_____

Indigena ☐ Si ☐ No Discapacidad ☐ Si ☐ No Tipo Auditiva ☐ Mental ☐ Motora ☐ Visual ☐

Ocupación _____ Institución de Servicio de Salud _____

Tipo de Población Objetivo
☐ 1.Mujer en periodo de embarazo
☐ 2. Mujer en periodo de lactancia
☐ 3. Niña y Niño de 6 meses
☐ 4. Niña y Niño de 1 a 2 años

NOTA: En caso de contar con más de un tipo de población objetivo, se deberán marcar las opciones que correspondan.

Nombre del Responsable _____

Parentesco del Responsable con el Beneficiario _____

Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida

3.- Dirección de la Vivienda

Tipo de vialidad _____ Vialidad _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Calles con las que cruza _____ C.P. _____ Tipo de carretera _____

Asentamiento _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____

Tipo de Camino _____ Descripción de ubicación _____

4.- Composición Familiar

Nombre Completo Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

5.- Calidad y Espacios de la Vivienda

1. ¿El material de la casa de la vivienda es de tierra?

Si ☐ No ☐

2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos?

Si ☐ No ☐

3. ¿El material de los muros es de embarro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho?

Si ☐ No ☐

4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina

☐

5. ¿Es propietario de la casa en donde vive?

Si ☐ No ☐

6. ¿En la zona en la que usted vive, hubo algún desastre natural grave durante los últimos 3 meses, en el que su hogar o familia resultó afectado?

Si ☐ No ☐

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda

1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?

Si ☐ No ☐

2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica?

Si ☐ No ☐

3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica?

Si ☐ No ☐

4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos?

Si ☐ No ☐

5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en funcionamiento?

Si ☐ No ☐

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez

1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?
   Si ☐ No ☐
2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?
   Si ☐ No ☐
3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?
   Si ☐ No ☐
4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
   Si ☐ No ☐
5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
   Si ☐ No ☐
6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?
   Si ☐ No ☐
7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?
   Si ☐ No ☐
8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?
   Si ☐ No ☐

¿En su hogar viven personas menores de 18 años?

Si ☐ Continuar

No ☐ Finalizar Cuestionario

9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?
   Si ☐ No ☐
10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
    Si ☐ No ☐
11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
    Si ☐ No ☐
12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?
    Si ☐ No ☐
13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?
    Si ☐ No ☐
14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?
    Si ☐ No ☐
15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?
    Si ☐ No ☐

Observaciones:

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF

Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida

UBICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DE LA LOCALIDAD DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO:_____ CLAVE DE LA LOCALIDAD :_____--------_____

TIPO DE VIALIDAD QUE TIENE EL DOMICILIO_____

CARRETERA **TIPO**: _____

CARRETERA DERECHO TRANSPORTE: _____

CARRETERA NOMBRE:. _____

TIPO DE CAMINO: ._____

NOMBRE DEL CAMINO: _____

_____

NUMERO EXTERIOR 1 DEL DOMICILIO:_____

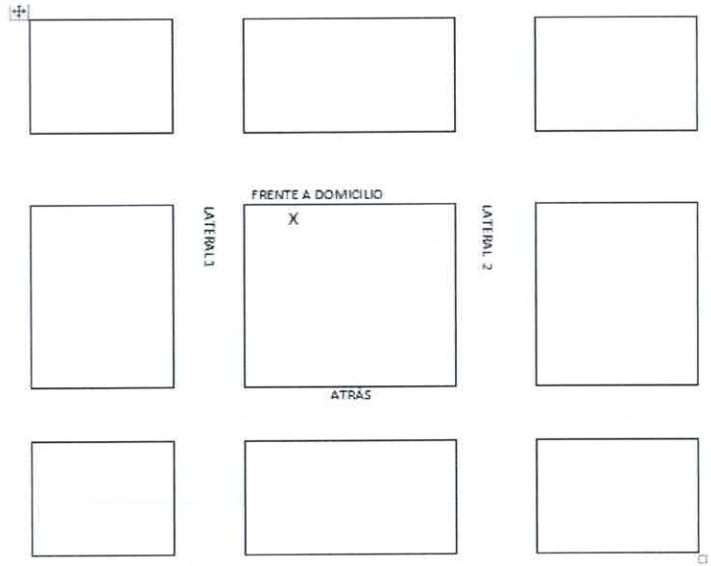
NUMERO EXTERIOR 2 DEL DOMICILIO:_____

NUMERO INTERIOR:_____

NUMERO INTERIOR **ALFA**NUMERICO:).._____

TIPO DE ASENTAMIENTO: _____

CROQUIS:



Nota: Cuando no se cuente con

La información se pondrá NO DISPONIBLE,

Sujeto a revisión del Depto.

Descripción relevante de la ubicación del domicilio, con referencia a lo que lo rodea:

Guía de llenado

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIIA.
1. Ficha de Identificación	Entidad Federativa, Municipio y Localidad	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda su SMDIF.
2. Datos de Identificación de Beneficiarios	Nombre	Anotar nombre iniciando por: **Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno.**
	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento iniciando por: **Mes, Día y Año**.
	Sexo	Anotar en el cuadro correspondiente al sexo: **masculino o femenino.**
	CURP	Clave Única de Registro de Población, (asegurarse que cuente con 18 caracteres).
	Estado Civil	Anotar en el cuadro el estado civil del encuestado: **soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre, No Aplica en el caso de los niños.**
	Teléfono	Solicitar número telefónico de **celular o casa**, para localizarlo en caso de emergencia.
	Indigena	Refererir si el beneficiario es indigena (Registrar si o no según corresponda).
	Discapacidad	Registrar si o no, en caso afirmativo especificar si es auditiva, motora, mental y/o visual.
	Ocupación	Preguntar a que se dedica, pudiendo ser: **hogar, desempleado, jornalero, albañil, empleado, obrero, cuenta propia, jubilado, estudiante, ninguna u otra.**
	Institución de Servicio de Salud	Solicitar institución de Salud a la que está afiliado: **IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Seguro Privado o ninguno.**
	Tipo de población objetivo	Marcar en el cuadro el tipo de población, pudiendo ser mas de uno, según corresponda.
	Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en caso de
	Parentesco del Beneficiario	Solicitar el parentesco de la persona responsable: **hermano (a), esposo (a), hijo (a),**

3. Dirección de la vivienda	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: **calle, avenida, carretera, andador, boulevard,**
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: **colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto**
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: **estatal, federal, municipal o particular.**
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: **libre o cuota**.
	Tipo de Camino	Anotar si es: **brecha, terracería, camino o vereda.**
	Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. *Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol afuera. A un lado de la Escuela Primaria Reforma, etc.*
4. Composición Familiar	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: **nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.**
5. Calidad y Espacio de la Vivienda	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.**
6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.**
7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria	Preguntas que señalan "En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez."	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.**
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: **Si o No.** **Si la respuesta es "SI" favor de continuar. Si la repuesta es "No" finalizar encuesta**
Observaciones	Observación	En caso de existir alguna observación, favor de anotarla.
Firmas	Nombre y firma, asi como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIIA, **el Director(a) y Encargado del Programa Primeros 1,000 Días de Vida** deben poner su nombre y firma, asi como el sello oficial del SMDIF.