

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL		NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN																	
Presente:		Folio INCADIS		Familia ID																	
Titular de la Familia Beneficiaria		Folio INCADIS		Familia ID																	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)																	
Folio Programa		Fase-Semestre de Incorporación		Período de Incorporación																	
Vigencia de atención		Vigencia de captura		Estructura territorial operativa																	
				Fecha de entrega al titular de la familia beneficiaria																	
				DD MM AA																	
<p>La Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social le notifica que, con base a la evaluación de la información que nos proporcionó sobre las características de su vivienda y de las condiciones socioeconómicas y demográficas de su hogar, su familia es elegible para ser beneficiaria del [ ] de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Al aceptar su incorporación, el Programa se compromete a favorecer el desarrollo de las capacidades de los integrantes de su familia y usted, asume el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa.</p> <p><b>Nota:</b> Lo señalado anteriormente, con fundamento en el artículo 10 de la Ley General de Desarrollo Social, artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como, lo señalado en las Reglas de Operación del Programa.</p>																					
<p><b>Detos del domicilio del titular de la familia beneficiaria</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Clave Mpio.</td> <td>Municipio</td> <td>Clave Loc.</td> <td>Localidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Domicilio (Tipo y nombre de vivienda, tipo y nombre del asentamiento humano, número exterior y/o interior)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dato de referencia (No, entre viviendas u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número telefónico</td> <td colspan="2">Correo electrónico</td> </tr> </table>						Clave Mpio.	Municipio	Clave Loc.	Localidad	Domicilio (Tipo y nombre de vivienda, tipo y nombre del asentamiento humano, número exterior y/o interior)				Dato de referencia (No, entre viviendas u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)				Número telefónico		Correo electrónico	
Clave Mpio.	Municipio	Clave Loc.	Localidad																		
Domicilio (Tipo y nombre de vivienda, tipo y nombre del asentamiento humano, número exterior y/o interior)																					
Dato de referencia (No, entre viviendas u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)																					
Número telefónico		Correo electrónico																			
Atendió				Recibí Notificación de incorporación y estoy enterado(a) de su contenido																	
Firma autógrafa o huella del titular de la familia beneficiaria				Firma autógrafa o huella del titular de la familia beneficiaria																	
Nombre completo, cargo, CIPO y firma				Nombre completo, cargo, CIPO y firma																	
"Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"																					
FO-DPAO-04-01		Ver. 02		FOLIO FORMATO: 0213010100027045661																	

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL		NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN																	
Presente:		Folio INCADIS		Familia ID																	
Titular de la Familia Beneficiaria		Folio INCADIS		Familia ID																	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)																	
Folio Programa		Fase-Semestre de Incorporación		Período de Incorporación																	
Vigencia de atención		Vigencia de captura		Estructura territorial operativa																	
				Fecha de entrega al titular de la familia beneficiaria																	
				DD MM AA																	
<p>La Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social le notifica que, con base a la evaluación de la información que nos proporcionó sobre las características de su vivienda y de las condiciones socioeconómicas y demográficas de su hogar, su familia es elegible para ser beneficiaria del [ ] de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Al aceptar su incorporación, el Programa se compromete a favorecer el desarrollo de las capacidades de los integrantes de su familia y usted, asume el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa.</p> <p><b>Nota:</b> Lo señalado anteriormente, con fundamento en el artículo 10 de la Ley General de Desarrollo Social, artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como, lo señalado en las Reglas de Operación del Programa.</p>																					
<p><b>Detos del domicilio del titular de la familia beneficiaria</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Clave Mpio.</td> <td>Municipio</td> <td>Clave Loc.</td> <td>Localidad</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Domicilio (Tipo y nombre de vivienda, tipo y nombre del asentamiento humano, número exterior y/o interior)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dato de referencia (No, entre viviendas u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número telefónico</td> <td colspan="2">Correo electrónico</td> </tr> </table>						Clave Mpio.	Municipio	Clave Loc.	Localidad	Domicilio (Tipo y nombre de vivienda, tipo y nombre del asentamiento humano, número exterior y/o interior)				Dato de referencia (No, entre viviendas u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)				Número telefónico		Correo electrónico	
Clave Mpio.	Municipio	Clave Loc.	Localidad																		
Domicilio (Tipo y nombre de vivienda, tipo y nombre del asentamiento humano, número exterior y/o interior)																					
Dato de referencia (No, entre viviendas u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)																					
Número telefónico		Correo electrónico																			
Atendió				Recibí Notificación de incorporación y estoy enterado(a) de su contenido																	
Firma autógrafa o huella del titular de la familia beneficiaria				Firma autógrafa o huella del titular de la familia beneficiaria																	
Nombre completo, cargo, CIPO y firma				Nombre completo, cargo, CIPO y firma																	
"Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"																					
FO-DPAO-04-01		Ver. 02		FOLIO FORMATO: 0213010100027045661																	

## ANEXO VI.- Reverso del Formato Notificación de Incorporación


Para Mayor Información, Consultas y Quejas:	
<p align="center"><b>Por Escrito</b></p> <p>En escrito libre, proporcionando la información indispensable que permita dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre del peticionario(s), denunciantes o quejados(s), domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, breve descripción de hechos, lugar y fecha en que sucedieron, nombre de la persona o servidor(a) público(s) contra quien dirige(s) la inconformidad y la institución a la que pertenece. La población podrá depositar sus quejas, denuncias, peticiones o inconformidades en los siguientes medios e instancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buzones fijos que se encuentran instalados en las oficinas de las Presidencias Municipales u otro orden de gobierno equivalente;</li> <li>• Buzones móviles ubicados temporalmente en los Puntos de Encuentro de Apoyo y Mesas de Atención;</li> <li>• Reuniones de los Comités de Promoción Comunitaria;</li> <li>• En las oficinas de la Coordinación Nacional del Programa, la Secretaría de la Función Pública, la SEDESOL o el Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional;</li> <li>• En las Oficinas del Órgano de Control de la entidad federativa, ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o servicio público dentro del Programa, en cualquiera de sus componentes, o</li> <li>• En las Mesas de Atención, Unidades de Atención Regional, las Delegaciones Estatales de PROSPERA o en la Coordinación Nacional.</li> </ul>	
<p align="center"><b>Por Teléfono</b></p> <p>A través del sistema de atención telefónica, llamando a los números:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea gratuita sin costo: 01-800-500-50-50 de la Coordinación Nacional de PROSPERA en un horario de 8:00 a 19:00 horas de lunes a viernes;</li> <li>• Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional de PROSPERA: Teléfonos (55) 5462-0700, Ext. 60643 y 60644;</li> <li>• Secretaría de la Función Pública: DF y áreas metropolitanas (55) 3000-3000;</li> <li>• A los números de los sistemas similares, que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Órgano de Control de la misma o de las Delegaciones Estatales de PROSPERA y que se encuentren en la página <a href="http://www.prospere.gob.mx">www.prospere.gob.mx</a>.</li> </ul>	
<p align="center"><b>Por Medios Electrónicos</b></p> <p>A través de las direcciones electrónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="mailto:quejas@prospere.gob.mx">quejas@prospere.gob.mx</a>, operada por la Coordinación Nacional de PROSPERA; o contestando a la Coordinación Nacional a través de su página en Internet <a href="http://www.prospere.gob.mx">www.prospere.gob.mx</a>;</li> <li>• El Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional de PROSPERA: <a href="mailto:quejas@prospere.gob.mx">quejas@prospere.gob.mx</a> y <a href="mailto:quejas.cio@prospere.gob.mx">quejas.cio@prospere.gob.mx</a>; o en la página de SEDESOL: <a href="http://www.sedesol.gob.mx">www.sedesol.gob.mx</a>;</li> <li>• La Secretaría de la Función Pública: en su página electrónica: <a href="http://www.transparencia.gob.mx">www.transparencia.gob.mx</a>;</li> <li>• En las direcciones electrónicas disponibles para tal efecto en las Delegaciones Estatales de PROSPERA.</li> </ul>	
<p align="center"><b>Personalmente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante las oficinas del Órgano de Control de la entidad federativa ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o servicio público dentro del Programa, en cualquiera de sus componentes, o</li> <li>• En los diversos espacios de atención del Programa, Unidades de Atención Regional y en las Delegaciones Estatales de PROSPERA;</li> <li>• En las oficinas centrales de la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social en Av. Insurgentes Sur 1400, Colonia Santo Adrían, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, México, D.F.;</li> <li>• En la Secretaría de la Función Pública en Av. Insurgentes Sur 1735, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, México, D.F.;</li> <li>• En las oficinas del Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional PROSPERA Programa de Inclusión Social en Av. Insurgentes Sur 1400, Col. Santo Adrían, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, México, D.F.;</li> <li>• En las oficinas de la SEDESOL en Avenida Paseo de la Reforma No. 116, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06000, México, D.F.</li> </ul>	
<p>Le recomendamos que en la página de Internet <a href="http://www.prospere.gob.mx">www.prospere.gob.mx</a> podrá consultar las Reglas de Operación que rigen tanto a PROSPERA Programa de Inclusión Social como al Programa de Apoyo Alimentario (PAL), así como otras informaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos, Corresponsabilidades, Obligaciones y Criterios para la Suspensión de Apoyos, etc.</li> </ul>	
<p><b>Recomiende que:</b></p>	

Todos los trámites relacionados con estos Programas son realizados de manera gratuita por el personal de la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social.

## CONTROL OPERATIVO

Documentación entregada por la o el titular de la familia beneficiaria			
Marque con una "x" la opción que corresponda al documento que se proporciona en cada caso			
Para acreditar su identidad (obligatorio)		Para acreditar sus datos personales	
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la credencial para votar	<input type="checkbox"/>	*Fotocopia del acta de nacimiento
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la constancia de identidad con fotografía o de residencia	<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la CURP
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia del pasaporte	<input type="checkbox"/>	*Fotocopia del documento migratorio
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la cartilla del servicio militar nacional	<input type="checkbox"/>	*No presenta documento para acreditar datos personales
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)		
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la cédula de identidad ciudadana		
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la cédula de identidad personal		
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia del documento migratorio		
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la licencia de conducir		
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la credencial con fotografía de servicios médicos		
<input type="checkbox"/>	*Fotocopia de la credencial con fotografía de jubilados o pensionados		
Código de resultado definitivo			
01	Incorporada	02	No incorporada
¿Se requirió algún trámite mediante Ficha de Atención?		Causal de la no incorporación	
0101	Incorporada con/ún trámite de cambio de localidad / domicilio	04	No aceptó
0102	Trámite de corrección de datos del titular beneficiario(a)	07	No localizada(*)
0103	Trámite de cambio de titular beneficiario(a)		Otro
Folio de la Ficha de Atención		(*) Se refiere a las causas que se otorgan al finalizar la vigencia de atención.	
Observaciones operativas:			

## ANEXO VII a.- Anverso del Formato Ficha de Atención

**MÉXICO**  **PROSPERA**  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

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

**FICHA DE ATENCIÓN**

BIMESTRE DE CAPTURA: \_\_\_\_\_ (PARA USO DEL ÁREA DE PADRÓN)

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Cine RPT 5: SEDESOL-004-00

**MOVIMIENTOS QUE SE REALIZAN**

<input type="checkbox"/> I. CORRECCIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/> IV. REPOSICIÓN DE MEDIO SOLO TARJETA CON CHIP	<input type="checkbox"/> VIII. BAJA DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> II. CAMBIO DE TITULAR	<input type="checkbox"/> V. ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> IX. REACTIVACIÓN/REINCORPORACIÓN DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS	<input type="checkbox"/> VII. BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO	<input type="checkbox"/> X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO

**DATOS DEL TITULAR**

FOLIO TITULAR: \_\_\_\_\_

CLAVE OFICIAL DE LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

(LADA) (TELÉFONO)

NÚMERO TELEFÓNICO CASA: \_\_\_\_\_ NÚMERO CELULAR: \_\_\_\_\_

CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**I. CORRECCIÓN DE DATOS**

CONSECUTIVO INTEGRANTE	DOCUMENTO SOPORTE PRESENTADO
1	1. COPIA ACTA DE NACIMIENTO
2	2. COPIA IFE
3	3. COPIA PASAPORTE
4	4. COPIA CREDENCIAL INAPAM
5	5. COPIA CURP
6	6. CONSTANCIA AUTORIDAD LOC.
7	7. COPIA CARTELA MILITAR
8	8. COPIA DOC. REGISTRADO
9	9. COPIA CÉDULA DE IDENTIDAD CIUDADANA
10	10. COPIA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL
11	11. COPIA CREDENCIAL DE SERVICIOS MÉDICOS DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD O SEGURIDAD SOCIAL
12	12. COPIA CREDENCIAL DE JUBILADO O PENSIONADO, EMITIDA POR UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
13	13. COPIA LICENCIA DE CONDUCIR

**II. CAMBIO DE TITULAR**

NOMBRE COMPLETO DEL NUEVO TITULAR: \_\_\_\_\_

SEXO: ☐ H ☐ M FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) ES NUEVO INTEGRANTE<sup>(1)</sup> ( ) ES TUTOR<sup>(2)</sup>

**MOTIVO**

( ) FALLECIMIENTO	( ) COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN
( ) AUSENCIA DEL HOGAR	( ) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
( ) DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL	( ) CONSTANCIA O CERTIFICADO MÉDICO
( ) ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN	( ) NO REQUIERE
( ) LA TITULAR TRABAJA	( ) CONSTANCIA DE ESTUDIOS
( ) LA TITULAR ESTUDIA	( ) CONSTANCIA DE ESTUDIOS

**DOCUMENTACIÓN SOPORTE TITULAR ANTERIOR (MARQUE SÓLO UNA CON "X")**

(1) ( ) COPIA ACTA DE NACIMIENTO (2) ( ) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL ( ) COPIA ACTA DE NACIMIENTO O EQUIVALENTES

**III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS**

(MARQUE CON UNA X SI SE REQUIERE REEXPEDICIÓN) ( )

**IV. REPOSICIÓN DE MEDIO SOLO TARJETA CON CHIP**

(MARQUE CON UNA X LA CAUSA DE LA REPOSICIÓN)

( ) POR PERDIDA ( ) POR ROBO ( ) POR TARJETA DAÑADA/MALTRATADA

TARJETA CON CHIP: EN CASO DE ERROR DE LECTURA DE HUELLA (HUELLA LISA), SE GENERA EL MEDIO DE FORMA AUTOMÁTICA, POR LO QUE NO SE REQUIERE SOLICITUD DE TRÁMITE

TARJETA DE DÉBITO: LA SOLICITUD DE REPOSICIÓN SE REALIZA DIRECTAMENTE EN LA SUCURSAL BANSEFI.

**V. ALTA DE INTEGRANTE (AI) O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE (RI)**

Programa	NOMBRE DEL INTEGRANTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	CAUSAL DE ALTA	DOCTO. SOPORTE	PARENTESCO CON JEFE DE FAMILIA	SEXO (H o M)	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE ALTA
<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> RI	1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1			Día/Mes/Año	A) COPIA ACTA DE NACIMIENTO O EQUIVALENTES B) COPIA ACTA DE ADOPCIÓN C) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL D) COPIA ACTA DE TUTELA E) COPIA ACTA DE MATRIMONIO F) CONSTANCIA DE AUTORIDAD LOCAL G) NO REQUIERE H) PANTALLAS SEDO/ SEDOP I) COPIA ACTA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> RI	2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2			Día/Mes/Año	PARA HUÉRFANO, ABANDONADO O TUTOR PARA CÓNYUGE PARA REACTIVACIÓN
<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> RI	3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3			Día/Mes/Año	PARA REACTIVACIÓN G) NO REQUIERE H) PANTALLAS SEDO/ SEDOP I) COPIA ACTA DE NACIMIENTO

CAUSALES DE ALTA: 1) RECÉN NACIDO 2) INTEGRANTE NO REGISTRADO 3) HUÉRFANO O ABANDONADO 4) CÓNYUGE 5) HDO DE CÓNYUGE O ENTERNADO 6) TUTOR O TITULAR SOLIDARIO

**MÉXICO**  **PROSPERA**  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

**ACUSE FICHA DE ATENCIÓN**

NOMBRE TITULAR: \_\_\_\_\_

FOLIO TITULAR: \_\_\_\_\_

BIMESTRE RESOLUCIÓN: E-P ☐ M-A ☐ H-J ☐ J-A ☐ S-O ☐ N-D ☐

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**NOMBRE INTEGRANTE / OBSERVACIONES (I, V, VII O X)**

<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> CORRECCIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/> VII	<input type="checkbox"/> BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE TITULAR	<input type="checkbox"/> VIII	<input type="checkbox"/> BAJA DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS	<input type="checkbox"/> IX	<input type="checkbox"/> REACTIVACIÓN / REINCORPORACIÓN DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> REPOSICIÓN DE MEDIO SOLO TARJETA CON CHIP	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> CORRECCIÓN DE PARENTESCO
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE		

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA FICHA

CUPO: \_\_\_\_\_

**VII. BAJA DE INTEGRANTE/BECARIO**

NO. INTEGRANTE (2 DÍGITOS)	NOMBRE DEL INTEGRANTE A DAR DE BAJA (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	* CAUSAL	* DOCUMENTO SOPORTE	CAUSAL DE BAJA	DOCUMENTACIÓN SOPORTE
		<input type="checkbox"/> (1) FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> (1) FALLECIMIENTO	INDEFINIDA	A) COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN O EQUIVALENTES
		<input type="checkbox"/> (2) DUPLICIDAD	<input type="checkbox"/> (2) DUPLICIDAD	(1) FALLECIMIENTO	B) COPIA CERTIFICADO
		<input type="checkbox"/> (3) NO PERTENECE A LA FAMILIA	<input type="checkbox"/> (3) NO PERTENECE A LA FAMILIA	(2) DUPLICIDAD	C) ESCRITO DE LA DENUNCIA
		<input type="checkbox"/> (4) ERROR DE CAPTURA (HDO (A) DE TUTOR)	<input type="checkbox"/> (4) ERROR DE CAPTURA (HDO (A) DE TUTOR)	(3) NO PERTENECE A LA FAMILIA	D) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
		<input type="checkbox"/> (5) NO ES BECARIO	<input type="checkbox"/> (5) NO ES BECARIO	(4) ERROR DE CAPTURA (HDO (A) DE TUTOR)	E) CÉDULA DE VALIDACIÓN
				(5) NO ES BECARIO	F) NO SE REQUIERE
					G) PANTALLAS EDOY/SEOP
					* * NO SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN SOPORTE CUANDO ES LA TITULAR QUIEN REALIZA EL TRÁMITE

SE LA BAJA DE INTEGRANTE O BECARIO ES POR DUPLICIDAD, SE DEBERÁ ANOTAR EN LOS ESPACIOS EL FOLIO DEL OTRO INTEGRANTE O BECARIO, CON EL QUE SE DUPLICA.

\* INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDE A LA CAUSAL DE BAJA Y LETRA AL TIPO DE DOCUMENTO SOPORTE PRESENTADO, SEGÚN CORRESPONDA.

**VIII. BAJA DE FAMILIA**

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SÓLO UNA CON "X")	OPCIONAL
( ) NO PUEDA COMPROBARSE LA SUPERVIVENCIA DE LA TITULAR	( ) CÉDULA DE VALIDACIÓN	( ) ESCRITO DE LA DENUNCIA
( ) NO PUEDA RATIFICARSE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA	( ) ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	( ) ESCRITO DE LA DENUNCIA
( ) EL TITULAR SOLIDARIO NO CUMPLE CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS		
( ) PRESENTAR DOCUMENTACIÓN FALSA PARA INTENTAR RECIBIR LOS APOYOS		
UTILIZAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA CON FINES		
( ) ELECTORALES ( ) POLÍTICOS ( ) PROSELITISMO RELIGIOSO ( ) DE LUCRO		
( ) VENTA O CANJE DE LOS COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS		
( ) DISPUTA POR LOS APOYOS MONETARIOS DEL PROGRAMA		
( ) SERVIDOR PÚBLICO INTEGRANTE NO EVENTUAL	( ) ESCRITO EMITIDO POR LA DEPENDENCIA	
( ) FALLECIMIENTO DEL ÚNICO INTEGRANTE	( ) COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN O COPIA CONSTANCIA DEL FALLECIMIENTO	( ) COPIA CERTIFICADO INHUMACIÓN
	CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL ( ) CÉDULA DE VALIDACIÓN	ESCRITO COORDINACIÓN ESTATAL
( ) RENUNCIA DE LA FAMILIA	( ) COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO ( ) COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR	( ) ESCRITO DE LA RENUNCIA
	CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL ( ) COPIA CURP	
( ) DUPLICIDAD DE FAMILIA	( ) COPIA INAPAR ( ) COPIA PAGAPORTE	
	CARTILLA MILITAR ( ) COPIA LICENCIA DE CONDUCIR	
	COPIA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	
	COPIA CREDENCIAL DE SERVICIOS MÉDICOS DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD O SEGURIDAD SOCIAL	
	COPIA CREDENCIAL DE JUEZADO O FOMENTO, EMITIDA POR UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	
	( ) NO REQUIERE	( ) PANTALLAS EDOY/SEOP

SE LA BAJA DE FAMILIA ES POR DUPLICIDAD, ANOTE EN LOS ESPACIOS EL FOLIO DE LA FAMILIA CON LA QUE SE DUPLICA.

**IX. REACTIVACIÓN DE APOYOS O FAMILIA**

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SÓLO UNA CON "X")	OPCIONAL
( ) COMPROBACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA DE LA TITULAR BENEFICIARIA	( ) ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RATIFICACIÓN DE LA VERACIDAD	( ) CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR
( ) RATIFICACIÓN DE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACIÓN	( ) ESCRITO QUE EXPLIQUE LA COMPROBACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA EMITIDA POR EL PERSONAL ORIENTADO	( ) CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR
( ) RESOLUCIÓN DISPUTA POR APOYO		
( ) TITULAR SOLIDARIO CUMPLE CON COMPROMISOS ADQUIRIDOS SI NO CUMPLE (REQUIERE TRÁMITE CAMBIO DE TITULAR)	( ) ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO	( ) CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR
( ) SE ACREDITA NO ES SERVIDOR PÚBLICO O ES EVENTUAL	( ) ESCRITO DEPENDENCIA	
( ) RENUNCIA DE LA FAMILIA	( ) COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA TITULAR	( ) COPIA LICENCIA DE CONDUCIR
( ) OTROS (NO RETIRO DE APOYOS, NO MOVIMIENTOS EN CUENTA, NO FIRMA CONTRATO O RECEPCIÓN DE MEDIO, INASISTENCIAS A SALUD, INASISTENCIA A PAPO, LA TITULAR NO SEA LOCALIZADA PARA ENTREGAR SU NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN / ERROR EN CAPTURA, LA FAMILIA NO SEA REACTIVADA, LA FAMILIA NO PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA, LA FAMILIA CONCLUYA CICLO EDA, LA FAMILIA YA NO CUMPLA CON LOS CRITERIOS DEMOGRÁFICOS PARA SER TRANSFERIDA AL EDA, LA FAMILIA YA NO CUMPLA CON LOS CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD DEL PROGRAMA)	( ) NO REQUIERE DOCUMENTO SOPORTE	

**X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO**

CONSECUENTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	CONSECUENTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	RESPECTO AL JEFE DEL HOGAR EL INTEGRANTE ES:	DOCUMENTACIÓN SOPORTE
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	1. ABUELO (A)	A) ACTA DE NACIMIENTO
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	2. ABUELO (A) POLÍTICO (A)	B) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	3. BISNIETO (A)	C) COPIA DOCUMENTO MIGRATORIO
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	4. CUÑADO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	5. ESPOSO (A) COMPAÑERO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	6. HERMANO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	7. HIJASTRO (A) ENTERNADO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	8. HDO (A) ADOPTIVO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	9. HDO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	10. JEFE DE HOGAR	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	11. MADRE	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	12. NIETO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	13. NO TIENE PARENTESCO	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	14. PADRASTRO O MADRASTRA	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	15. PADRE	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	16. PRIMO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	17. SOBRINO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	18. SUEGRO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	19. TÍO (A)	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	20. YERNO O NUERA	

**RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN**

CUPO	CUPO	CUPO
NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIÉN ELABORA LA FICHA	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REvisa EN UAR	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REvisa EN LA DEP
OBLIGATORIA	OPCIONAL	OPCIONAL
CUPO	CUPO	CUPO
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN CAPTURA (ÁREA PADRÓN)		NOMBRE, FIRMA O HUELLA DE LA TITULAR DE LA FAMILIA BENEFICIARIA
OBLIGATORIA		OBLIGATORIA

Al momento de solicitar el trámite y de acuerdo a lo que se especifica en la Ficha de Atención se informará a la titular si los documentos soporte presentados son suficientes para atenderlo. La respuesta a los trámites será positiva cuando la familia beneficiaria presente la documentación soporte requerida.

El Trámite VI Cambio o Corrección de Localidad / Domicilio se realiza con el formato Ficha de Atención para la Captación del Domicilio Geográfico conforme a los criterios establecidos en la Norma Técnica de Domicilio Geográfico emitida por el INEGI, Num 4.4

Conservar este documento para cualquier aclaración posterior al trámite que solicita, con base en los criterios y tiempos establecidos en las Reglas de Operación del Programa vigentes y al Procedimiento de Atención de Solicitudes de Mantenimiento al Padrón.

**Para mayor información, consultas o quejas:**

- Llame a Atención Ciudadana al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- Escriba al Programa en Insurgentes Sur 1486, Col. Arboles, Delegación Benito Juárez, Código Postal 06230, México, Distrito Federal.
- Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 Extensión 60206 Y 60439
- Envíe correo electrónico a [atencion@prospera.gob.mx](mailto:atencion@prospera.gob.mx)

**Recuerde, los apoyos monetarios se suspenden por tiempo indefinido a la familia beneficiaria cuando:**

- No se pueda comprobar la supervivencia de la titular beneficiaria.
- Titular solidario no cumple compromisos adquiridos
- Venta o canje de los complementos alimenticios recibidos del Programa, así como los productos alimentarios del esquema Sin Hambre.
- Presente documentación o acredite situación falsa/alterada para recibir apoyos
- Use del Programa con fines electorales, políticos, religiosos o de lucro
- Ya no cumple criterios de elegibilidad
- Concluya Ciclo EDA
- No cumple criterios demográficos para transferir o permanecer en EDA
- Integrante servidor público
- Renuncia al Programa
- Duplicidad de la familia
- Duplicación del único integrante

"El programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al programa PROSPERA"

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social."

"Sus datos personales están protegidos y solo serán utilizados para fines relacionados con la operación del Programa, de acuerdo a las Reglas de Operación y de los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IPAE."



[illegible]

**ANEXO VII b.- Reverso del Formato Ficha de Atención para la Captación de Domicilio Geográfico**

### DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

- Clave De Blancana obtenida en base al plano urbano.
- Clave AGEB obtenida en base al plano urbano.
- Preguntas asociadas al AGEB y municipio. Se deben de llenar SI o NO de acuerdo a lo identificado en el plano urbano.

[illegible]

- Datos con los que se identifica a la  
ORIENTE Y SE CONSIDERA POR:  
Termino general: CARRETERA  
Administración: ESTATAL, FEDERAL,  
MUNICIPAL, PARTICULAR  
Codigo: NUMERO CARRETERA  
Tramo: POBLACIONES ORCEN-  
DESTINO  
Cadenamiento: KILOMETROS EN EL QUE  
SE USA EL DISEÑO

[illegible]

- Datos con los que se identifica al camión y se constituye por:  
Terminio: Genérico: CAMIÑO, BOSCH,  
TERRACERIA, VERDE.  
Tramo: Poblaciones Origen-Destino que  
llevan al tomo.  
Margen: DERRIBO, UZQUEDO  
Cadenamiento: kilómetro en el que se  
ubica el domicilio.

- Datos con los que se identifica a la  
 entidad y se constituye por:  
 Tipo de entidad: la clasificación que se  
 le da a la entidad, en función del  
 tránsito vehicular y/o peatonal.  
 Ejemplo: AVENIDA, BOULEVARD,  
 CALZADA, CARRETERA, RIVIERA.  
 Nombre vialidad: Ejemplo: LICENCIADO  
 BENITO JUAREZ, LAS FLORES, RÍO  
 BLANCO www.ottob.com

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican un inmueble en la vitalidad. En los casos en los cuales hay doble numeración (oficial o no), se indica en primer lugar el de mayor reconocimiento.

- Se refiere a los caracteres alfanuméricos y símbolos que identifican uno o más inmuebles pertenecientes a un número anterior. Ejemplos: 123,1098,972-A MANZANA 19 LOTE 23.

2. Clasificación que se le da al asentamiento humano. Ejemplos: COLONIA, EJIDO, RANCHERÍA, entre otros.

- Nombre: que identifica al asentamiento humano. Ejemplos: JARDINES DEL LAGO, CENTRO, VILLAS TAURINAS entre otros.

- Hace referencia al tipo y nombre de las vialidades entre las cuales se ubica un Domicilio Geográfico, que corresponden a aquellas vialidades que generalmente son perpendiculares a la vialidad en donde está establecido el domicilio.

- \* Hace referencia al tipo y nombre de la localidad posterior donde se encuentra el Domicilio Geográfico.

- Se refiere a los riesgos naturales o culturales (edificaciones) que aportan información adicional para facilitar la ubicación del destino geográfico esta es fundamental en ciudades sin nombre y sin número menor, en caminos, terracerías, brechas, veredas, localidades rurales de difícil acceso.

- Número constituido por cinco dígitos obtenido de la información oficial de Correos de México.

- Se refiere al email o servicio que permite el intercambio de mensajes a través de sistemas de comunicación electrónicos.

- 

Conservar este documento para cualquier aclaración posterior al trámite que solicita, con base en los criterios y tiempos establecidos en las Reglas de Operación del Programa vigentes y al Procedimiento de Atención de Solicitudes de Mantenimiento al Padrón.

Recuerde, los avos monetarios se suspenden por tiempo indefinido a la familia beneficiaria cuando:

Para mayor información, consultas o quejas:

- Llame a Atención Ciudadana al 01-800-300-30-30 de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.
- Escriba al Programa en Insurgentes Sur 1480, Col. Actipen, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal.
- Envíe un fax al (5255)-34-02-97-00 extensión 82326 y 80439
- Envíe correo electrónico a [atencion@omprosa.gob.mx](mailto:atencion@omprosa.gob.mx)

<sup>1</sup>El programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al programa PROSPERA

- [illegible]

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social."

\*Sus datos personales están protegidos y sólo serán utilizados para tareas relacionadas con la operación del Programa, de acuerdo a las Reglas de Operación y de los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI.

## ANEXO VIII.- Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria



**PROSPERA**  
PROGRAMA  
DE INCLUSIÓN SOCIAL

**SEDESOL**  
SECRETARÍA DE  
DESARROLLO SOCIAL

**SEP**  
SECRETARÍA DE  
EDUCACIÓN PÚBLICA

**CONAFE**

### Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014  
Municipio y Estado Día Mes

COORDINACIÓN NACIONAL DE PROSPERA  
PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL  
PRESENTE

Folio Familia:

Asunto: Constancia de Inscripción

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) \_\_\_\_\_, con folio \_\_\_\_\_ de identificación de PROSPERA, inscribió en el ciclo escolar 2014-2015 a su hijo (a) cuyos datos se especifican a continuación:

DATOS DEL ALUMNO		Fecha Inscripción				
<b>FOLIO INTEGRANTE / NOMBRE / CURP</b>						
Nombre del alumno(a): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Apellido Paterno</span> <span>Apellido Materno</span> <span>Nombre(s)</span> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(Espacio para corregir)</span> </div>						
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		Cena Kit				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>dd</span> <span>mm</span> <span>aaaa</span> </div>						
(Espacio para corregir Fecha de Nacimiento):						
<b>SEXO</b>		Cena Kit				
<input type="checkbox"/> H- HOMBRE <input type="checkbox"/> M- MUJER						
(Espacio para corregir)						
<b>DATOS DE LA ESCUELA</b>						
Nombre de la Escuela: _____						
Municipio dónde se ubica la Escuela: _____						
Localidad dónde se ubica la Escuela: _____						
Clave Centro de Trabajo: _____						
<table border="0"> <tr> <td><b>GRADO QUE CURSA:</b></td> <td><b>TURNOS:</b></td> </tr> <tr> <td>           PRIMARIA: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°  <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6°            SECUNDARIA: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°            NIVEL CAM LABORAL: <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93         </td> <td>           MATUTINO: <input type="checkbox"/>            VESPERTINO: <input type="checkbox"/>            NOCTURNO: <input type="checkbox"/>            TIEMPO COMPLETO: <input type="checkbox"/>            GRUPO: _____         </td> </tr> </table>			<b>GRADO QUE CURSA:</b>	<b>TURNOS:</b>	PRIMARIA: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° SECUNDARIA: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° NIVEL CAM LABORAL: <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93	MATUTINO: <input type="checkbox"/> VESPERTINO: <input type="checkbox"/> NOCTURNO: <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO: <input type="checkbox"/> GRUPO: _____
<b>GRADO QUE CURSA:</b>	<b>TURNOS:</b>					
PRIMARIA: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° SECUNDARIA: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° NIVEL CAM LABORAL: <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93	MATUTINO: <input type="checkbox"/> VESPERTINO: <input type="checkbox"/> NOCTURNO: <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO: <input type="checkbox"/> GRUPO: _____					
Atentamente: El Director (a) de la Escuela o Responsable de la Certificación  (Nombre y firma autógrafa)						
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             SELLO DE LA ESCUELA           </div>						

Titular Beneficiaria:

- El llenado de este formato es responsabilidad del Plantel Educativo, usando letra de molde o máquina de escribir.
- Una vez llenado este formato, deberá entregarse al personal del Programa antes del 30 de Septiembre de 2014.

Para mayor información, consultas o quejas:

- Llame a Atención Ciudadana al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 Extensión 60206 y 60439
- Envíe correo electrónico a [atencion@prospera.gob.mx](mailto:atencion@prospera.gob.mx)

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

"El programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al programa PROSPERA"

FOLIO INTEGRANTE:		ACUSE DE ENTREGA DE CONSTANCIAS DE INSCRIPCIÓN PARA PRIMARIA Y SECUNDARIA		FOLIO FORMATO:																			
ESTADO:		MUNICIPIO:		LOCALIDAD:																			
ASENTAMIENTO:		ESTRUCTURA TERRITORIAL:		NOMBRE TITULAR:																			
MARCA CON UNA X EL CÓDIGO DE RESULTADO:																							
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENTREGADO</td> <td><input type="checkbox"/> NO ENTREGADO</td> <td><input type="checkbox"/> NO ACEPTO</td> <td><input type="checkbox"/> NO LOCALIZADO</td> <td><input type="checkbox"/> EN BAJA</td> <td><input type="checkbox"/> FAMILIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENTREGADO</td> <td><input type="checkbox"/> Duplicado JN</td> <td><input type="checkbox"/> FAMILIA</td> <td><input type="checkbox"/> INTEGRANTE</td> <td><input type="checkbox"/> DOCUMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS POLÍTICOS SOCIALES O CLIMATOLÓGICOS</td> <td><input type="checkbox"/> OTRO</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> ENTREGADO	<input type="checkbox"/> NO ENTREGADO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO LOCALIZADO	<input type="checkbox"/> EN BAJA	<input type="checkbox"/> FAMILIA	<input type="checkbox"/> ENTREGADO	<input type="checkbox"/> Duplicado JN	<input type="checkbox"/> FAMILIA	<input type="checkbox"/> INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA					<input type="checkbox"/> PROBLEMAS POLÍTICOS SOCIALES O CLIMATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> OTRO
<input type="checkbox"/> ENTREGADO	<input type="checkbox"/> NO ENTREGADO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO LOCALIZADO	<input type="checkbox"/> EN BAJA	<input type="checkbox"/> FAMILIA																		
<input type="checkbox"/> ENTREGADO	<input type="checkbox"/> Duplicado JN	<input type="checkbox"/> FAMILIA	<input type="checkbox"/> INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA																		
				<input type="checkbox"/> PROBLEMAS POLÍTICOS SOCIALES O CLIMATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> OTRO																		
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN ENTREGA _____			NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUILLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR DE LA FAMILIA BENEFICIARIA) _____																				

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

"El programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al programa PROSPERA"

### ANEXO IX.- Constancia de Inscripción para Educación Media Superior



### Constancia de Inscripción para Educación Media Superior

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2014  
Municipio y Estado Día Mes

COORDINACIÓN NACIONAL DE PROSPERA  
PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL  
PRESENTE

Folio Familia: \_\_\_\_\_

Asunto: Constancia de Inscripción

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) \_\_\_\_\_, con folio de identificación PROSPERA inscribió en el ciclo escolar 2014-2015 a su hijo (a) cuyos datos se especifican a continuación:

FOLIO INTEGRANTE / NOMBRE / CURP			FECHA DE NACIMIENTO	
Nombre del alumno(a):			Día Mes Año	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	dd	mm / aaaa
(Espacio para corregir)			(Espacio para corregir Fecha de Nacimiento):	
FOLIO INTEGRANTE:			SEXO	
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)			<input type="checkbox"/> H. HOMBRE <input type="checkbox"/> M. MUJER (Espacio para corregir)	
(Espacio para corregir)				
DATOS DE LA ESCUELA				
Nombre de la Escuela: _____				
Municipio dónde se ubica la Escuela: _____				
Localidad dónde se ubica la Escuela: _____				
Clave Centro de Trabajo: _____				
SEMESTRE QUE CURSA:		TURNO:		
1°	2°	3°	MATUTINO:	<input type="checkbox"/>
4°	5°	6°	VESPERTINO:	<input type="checkbox"/>
7°	8°		NOCTURNO:	<input type="checkbox"/>
GRUPO: _____		TIEMPO COMPLETO: <input type="checkbox"/>		
Atentamente El Director (a) de la Escuela o Responsable de la Certificación _____ (Nombre y firma autógrafa)				
SELLO DE LA ESCUELA _____ Con: KIL:				

Titular Beneficiaria:

- El llenado de este formato es responsabilidad del Plantel Educativo, usando letra de molde o máquina de escribir.
- Una vez llenado este formato, deberá entregarse al personal del Programa antes del 30 de Septiembre de 2014.

Para mayor información, consultas o quejas:

- Llame a Atención Ciudadana al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 Extensión 60206 y 60439
- Envíe correo electrónico a [atencion@prospera.gob.mx](mailto:atencion@prospera.gob.mx)

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"  
El programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al programa PROSPERA"

FOLIO INTEGRANTE:		ACUSE DE ENTREGA DE CONSTANCIAS DE INSCRIPCIÓN PARA EMS		FOLIO FORMATO:	
ESTADO:		MUNICIPIO:		LOCALIDAD:	
ASENTAMIENTO:		ESTRUCTURA TERRITORIAL:		NOMBRE TITULAR:	
MARCA CON UNA X EL CÓDIGO DE RESULTADO:					
01 ENTREGADO	02 NO ENTREGADO	04 NO ACEPTO	07 NO LOCALIZADO	08 FAM	09 INTERGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA
10 ENTREGADO	11 ENTREGADO EN	1001 FAMILIA	1002 INTERGRANTE	1003 DOCUMENTO	10 OTRO
CUPO NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN ENTREGA			NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR O BECARIO EMS)		

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"  
El programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al programa PROSPERA"



[illegible]

## ANEXO X.- Anverso del Formato S1/CRUS

FRECUENCIAS DE ATENCIÓN DE SALUD Y ACCIONES PRIORITARIAS DEL PAQUETE BÁSICO GARANTIZADO, 27 INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA DEL CAUSES, TEMAS DE LOS TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y TALLERES DE LA ESIAN

MIEMBRO DE LA FAMILIA	GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA DE ATENCIÓN		ACCIONES DEL PAQUETE BÁSICO GARANTIZADO DE SALUD	27 INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA DEL CAUSAS		TEMAS DEL PAQUETE BÁSICO DE SALUD PÚBLICA DEL CAUSAS		
		NÚMERO	MOMENTO		1. VACUNA BCG	2. VACUNA ANTIHEPATITIS B	DETENIMIENTOS	VALORACIÓN	GUÍA
NIÑOS	Recién nacido	3 revisiones	A. Recién nacido, 7 y 28 días	1- GARANTAMIENTO BÁSICO A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO	3. VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPTaP+VPI+HB)	1. Alto contacto	1. Atención de emergencias obstétricas	1. Atención de emergencias obstétricas	
	Niños y niñas menores de 5 años	14 Revisiones	Años 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 y 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 y 36 meses de edad	2- PLANIFICACIÓN FAMILIAR	4. VACUNA CONTRA ROTAVIRUS		2. Atención de control	2. Atención de control	
ADOLESCENTES	Adolescentes de 12 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	3- ATENCIÓN PREVENTIVA DEL PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO	5. VACUNA CONJUGADA CONTRA NEUMOCOCCO	3. Salud sexual reproductiva	3. Atención de control	3. Atención de control	
	Adolescentes de 12 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	4- VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN Y EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL	6. VACUNA ANTIINFLUENZA		4. Atención de control	4. Atención de control	
MUJERES	Mujeres de 20 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	5- INMUNIZACIONES	7. VACUNA TRIPLE VIRAL, DPT	4. Atención de control	4. Atención de control	4. Atención de control	
	Mujeres de 20 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	6- MANEJO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR	8. VACUNA ANTIPOLOMIOMELITIS ORAL TRIVALENTE TIPO SABI		5. Atención de control	5. Atención de control	
HOMBRES	Hombres de 20 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	7- TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO A LAS FAMILIAS	9. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	5. Atención de control	5. Atención de control	5. Atención de control	
	Hombres de 20 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	8- MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	10. VACUNA ANTIHEPATITIS B		6. Atención de control	6. Atención de control	
MUJERES Y HOMBRES	Mujeres y hombres de 60 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	9- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	11. VACUNA DOBLE VIRAL (BB)	6. Atención de control	6. Atención de control	6. Atención de control	
	Mujeres y hombres de 60 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	10- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELITUS	12. TOXOIDES TETANICO Y DIFTERICO (TD)		7. Atención de control	7. Atención de control	
EMBARAZADAS	Embarazadas	5 revisiones de acuerdo a la NOM 007SSA23	1. En las primeras 13 semanas 2. Entre la semana 12 y 24 3. Entre la semana 27 y 30 4. Entre la semana 33 y 36 5. Entre la semana 38 y 40	11- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES	13. ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS	7. Atención de control	7. Atención de control	7. Atención de control	
	Embarazadas	5 revisiones de acuerdo a la NOM 007SSA23	1. En las primeras 13 semanas 2. Entre la semana 12 y 24 3. Entre la semana 27 y 30 4. Entre la semana 33 y 36 5. Entre la semana 38 y 40	12- CAPACITACIÓN COMUNITARIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	14. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA MUJER DE 30 A 59 AÑOS		8. Atención de control	8. Atención de control	
PUERPERIO	Mujeres puerperas	9 revisiones	7, 10 y 42 días	13- PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO Y UTERINO	15. ACCIONES PREVENTIVAS PARA MENORES DE 5 AÑOS	8. Atención de control	8. Atención de control	8. Atención de control	
	Mujeres puerperas	9 revisiones	7, 10 y 42 días	14- PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO Y UTERINO	16. ACCIONES PREVENTIVAS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS		9. Atención de control	9. Atención de control	

Al devolver esta sección del formato al personal de PROSPERA debe presentar su Identificación Provisional del Programa y una identificación oficial con fotografía

[Para mayor información, consulte e explore:](#)

- Llame a atención Ciudadana al PROCEPRA al (01-800-505-49-40 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- Escriba al Coordinador Nacional del PROCEPRA Programa de Inclusión Social Sur 1480, Col. Santo Adolfo, Delegación Santo Juanito, Código Postal 02130, México, Distrito Federal.
- Envíe un fax al (0152)-54-03-47-03 Correo electrónico: 00039 @C09

Recuerde que los apoyos monetarios se suspenden definitivamente a la familia beneficiaria cuando:

- [illegible]

<sup>1</sup>Este programa se publica, claro, a cualquier partido político. Cuando prohibido al uso para fines distintos al desarrollo social.

\*Sus datos personales están protegidos y solo serán utilizados para tareas relacionadas con la operación del Programa, de acuerdo a las reglas de operación y los lineamientos de protección de datos personales emitidos por el IFAI.

There is a common belief that the only way to ensure the sustainability of the environment is to reduce consumption. However, this is not necessarily the best solution. In fact, there are many ways to ensure the sustainability of the environment without reducing consumption. For example, we can use renewable energy sources, such as solar and wind power, to generate electricity. We can also use sustainable farming practices, such as crop rotation and organic fertilizers, to produce food. Finally, we can use sustainable building practices, such as using recycled materials and energy-efficient designs, to build homes and businesses. By using these sustainable practices, we can ensure the sustainability of the environment without reducing consumption.

MÉXICO  
GOBIERNO FEDERAL

SEDESOL  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

PROTECCIÓN  
FAMILIAR

PROTECCIÓN  
FAMILIAR

\$1/CRUS-U  
 REGISTRO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS  
 DE SALUD URBANOS  
 AÑO

TITULAR DE LA FAMILIA BENEFICIARIA:

COLONIA:  
AGEB:  
LOCALIDAD:  
MUNICIPIO:  
ESTADO:

BIMESTRE DE INCORPORACION

S1-U

UNIDAD DE SALUD:	JURISDICCIÓN O REGIÓN:	ESTADO:	MICROZONA:
(CIUDAD):	INSTITUCIÓN:	MUNICIPIO:	
	TIPO DE UNIDAD:	LOCALIDAD:	GRUPO:
		COLONIA:	

**Al personal de la Unidad de Salud**

**El formato 81-II deberá conservarse en el expediente de la familia beneficiaria y leerse de acuerdo a las siguientes instrucciones:**

†E. J. Renshaw, *Opuntia elaeagnifolia*, *opuntia* is a combination of Renshaw's *SPOROB* &

- El formato B1-J deberá conservarse en el expediente de la salud infantil y llenarse de acuerdo a las siguientes instrucciones:
- Anote en la columna de **Pluma de Atención Familiar** que basa en las Cartillas Nacionales de Salud el tipo de programa para la cita médica de cada integrante de la familia, de acuerdo a su edad y sexo.
  - En la columna (A), anote "B1", si el integrante con cita médica programada está en la cita médica; y "NO", si el integrante no asistió.
  - Anote "X" todos los integrantes de la familia cumplieron con las acciones de salud programadas en el semestre correspondiente; y "NO", si alguno de los integrantes no lo hizo.
  - Anote si el día que citó al representante de la familia para que acudiera a la unidad de salud con las Cartillas Nacionales de Salud de cada uno de los integrantes de la familia durante el semestre.
  - Anote en el renglón **PROGRAMADO** en cada bimestre la fecha y el número del tema de taller programado por el personal de salud y en el renglón de **REALIZADO**, anote "SI" o "NO", cuando el representante de la familia.
  - En caso de que algún integrante de la familia haya realizado alguna **"ACCIÓN PRÁCTICA DE SALUD"**, anote el número de folio del **INTEGRANTE**, el número de **ACCIÓN** y el **DÍA** en el que realizó, en el bimestre correspondiente. En caso de que esto suceda, se contabilizará como asistencia del **TALLER COMUNITARIO** programado del siguiente bimestre.

[illegible]

CUMPLIO LA PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN FAMILIAR	MAYO/JUNIO	NOVIEMBRE/DICIEMBRE	MAYO/JUNIO
FECHA DE VERIFICACIÓN DE CARTILLAS INDIVIDUALES DE SALUD			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA:			

[illegible][illegible]

<b>CONSTANCIA DE REGISTRO A LA UNIDAD DE SALUD URBANA</b> <small>El Programa Oportunidades continúa, crece y evoluciona al Programa PROSPERA*</small> <small>Fecha de registro en la Unidad de Salud (dd/mm/aa):</small>		<b>CRUS-U</b> <small>Folio Programa:</small>																								
<b>Al personal de la Unidad de Salud:</b> 1. Lleve el formato, diligenciado y entregue a la titular beneficiada. 2. Indique a la titular que debe entregar el formato CRUS-U. Hacer al personal del Programa en la fecha que le fue indicada. 3. En caso de haber errores en el nombre de la titular o en el nombre de integrantes andarlo correctamente en los recuadros.	Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Colonia: _____ Apellido: _____	MICROZONA: _____ GRUPO: _____																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Titular: _____</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">No. de integrantes: _____</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Bimestre de incorporación: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nombre de la Unidad de Salud: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Institución: <input type="radio"/> SSA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA Urbano <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> Otro (Especifique): _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Jurisdicción: Sanitaria o Región: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ubicación de la Unidad de Salud: _____ Tipo de Unidad: _____ Municipio: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Estado: _____ Localidad: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Colonia: _____</td> </tr> </table>			Nombre de la Titular: _____	No. de integrantes: _____		Bimestre de incorporación: _____			Nombre de la Unidad de Salud: _____			Institución: <input type="radio"/> SSA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA Urbano <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> Otro (Especifique): _____			Jurisdicción: Sanitaria o Región: _____			Ubicación de la Unidad de Salud: _____ Tipo de Unidad: _____ Municipio: _____			Estado: _____ Localidad: _____			Colonia: _____		
Nombre de la Titular: _____	No. de integrantes: _____																									
Bimestre de incorporación: _____																										
Nombre de la Unidad de Salud: _____																										
Institución: <input type="radio"/> SSA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA Urbano <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> Otro (Especifique): _____																										
Jurisdicción: Sanitaria o Región: _____																										
Ubicación de la Unidad de Salud: _____ Tipo de Unidad: _____ Municipio: _____																										
Estado: _____ Localidad: _____																										
Colonia: _____																										

Sello de la Unidad Salud,  
 Nombre y Firma del Médico

Folia Prologica

ACUSE DE ENTREGA S1-U / CRUS

100

NOMBRE, FIRMA DE  
CUTEN RECIBIR

NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE

Indicar con una "X" en el momento del ingreso al Colegio de Graduados de estudiantes

## INCORPORATION

## ANEXO XI.- Reverso del Formato S1/CRUS-U

RECURRENCIAS DE ATENCIÓN DE SALUD Y ACCIONES PRIORITARIAS DEL PAQUETE BÁSICO GARANTIZADO, 27 INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA DEL CAUSE, TEMAS DE LOS TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y TALLERES DE LA ESI-AN

MEMBRO DE LA FAMILIA	GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA DE ATENCIÓN		ACCIONES DEL PAQUETE BÁSICO GARANTIZADO DE SALUD	37 INTERPRETACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA DEL CASERO	TEMAS DE LOS TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON ENFOQUE DE DETERMINANTES DE SALUD		
		NÚMERO	MOMENTO			DETERMINANTES	TALLERES	SUBTEMAS
NIÑOS	Recién nacido	3 sesiones	Al nacimiento, 7 y 28 días	1.- SALVAMENTO BÁSICO A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO	1. VACUNA BCG	I.- Salud sexual y reproductiva	1. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	1. Descripción
	Niños y niñas menores de 5 años	14 Reinfortes	A los 2, 4, 5, 6, 10, 15, 18 y 24, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses de edad	2.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2. VACUNA ANTIHEPATITIS B			2. Descripción
ADOLESCENTES	Niños y niñas de 5 a 9 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	3.- ATENCIÓN PRENATAL DEL PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO	3. VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPTaP/HibE)			3. Descripción
	Adolescentes de 10 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	4.- VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN Y EL DESARROLLO INFANTIL	4. VACUNA CONTRA ROTAVIRUS			4. Descripción
MUJERES	Mujeres de 20 a 50 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	5.- INMUNIZACIONES	5. VACUNA CONTRA LA ENFERMEDAD POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	II.- Infecciones de transmisión sexual	1. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	1. Descripción
	Mujeres de 20 a 50 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	6.- MANEJO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR	6. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO			2. Descripción
HOMBRES	Hombres de 20 a 50 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	7.- TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO A LAS FAMILIAS	7. VACUNA ANTIHEPATITIS B	III.- Infecciones de transmisión sexual	1. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	3. Descripción
	Hombres de 20 a 50 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	8.- MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	8. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO			4. Descripción
MUJERES Y HOMBRES	Mujeres y hombres de 50 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	9.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELITUS	9. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	IV.- Infecciones de transmisión sexual	1. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	5. Descripción
	Mujeres y hombres de 50 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	10.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES	10. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO			6. Descripción
EMBARAZADAS	Embarazadas	5 sesiones de atención a lo largo del embarazo	1ra. En las primeras 12 semanas. 2da. Entre la semana 25 y la semana 30 3ra. Entre la semana 27 - 30 4ta. Entre la semana 32 - 35 5ta. Entre la semana 36 - 40	11.- CAPACITACIÓN COMUNITARIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	11. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	V.- Infecciones de transmisión sexual	1. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	7. Descripción
	Embarazadas	5 sesiones de atención a lo largo del embarazo	1ra. En las primeras 12 semanas. 2da. Entre la semana 25 y la semana 30 3ra. Entre la semana 27 - 30 4ta. Entre la semana 32 - 35 5ta. Entre la semana 36 - 40	12.- PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO	12. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO			8. Descripción
PUERPERIO	Mujeres puerperas	3 sesiones	7, 24 y 42 días	13.- TEMAS DE TALLERES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA NUTRICIÓN INFANTIL	13. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	VI.- Infecciones de transmisión sexual	1. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	9. Descripción
	Mujeres puerperas	3 sesiones	7, 24 y 42 días	1. Taller Alimentación y nutrición física durante el embarazo y la lactancia	14. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO			10. Descripción

Al devolver esta sección del formato al personal de PROSPERA debe presentar su Identificación Provisional del Programa y una identificación oficial con fotografía

[www.elsevier.com/locate/jmb](http://www.elsevier.com/locate/jmb)

- [illegible]

Recuerde los apoyos monetarios se suspenden definitivamente a la familia beneficiaria cuando:

- [illegible]

\*Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.