

DOF: 31/07/2015**ACUERDO por el cual se dan a conocer dos formatos oficiales derivados de los programas Seguro de Vida para Jefas de Familia y de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, ambos a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social.**

MARÍA DEL ROSARIO ROBLES BERLANGA, Secretaria de Desarrollo Social, con fundamento en los artículos 2, 12, 26 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 4, 7 y 10 de la Ley General de Desarrollo Social; 4, 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 1, 4 y 5 del Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Social, y

CONSIDERANDO

Que el Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece que las estrategias transversales se aplicarán normativamente a través de programas especiales; y, por ello, el 30 de agosto de 2013, se publicó en dicho medio de difusión oficial, el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el cual incorpora, entre otros, el objetivo de "Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento";

Que el Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 2015, señala que ésta se establece como el punto de contacto digital a través del portal de internet www.gob.mx, la cual propiciará la interoperabilidad con los sistemas electrónicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las empresas productivas del Estado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a éstas y en el ámbito de sus respectivas atribuciones;

Que en atención a lo dispuesto por los artículos Sexto y Séptimo del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado deberán observar los criterios técnicos, metodologías, guías, instructivos, manuales, estándares, principios de homologación y demás instrumentos que emita la Unidad de Gobierno Digital, en los que se establecerán las directrices y definiciones necesarias para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, del Catálogo y del Sistema Nacional de Trámites y Servicios;

Que para acercar a la ciudadanía los medios suficientes para solicitar y gestionar trámites y servicios gubernamentales, resulta necesario dar a conocer los formatos oficiales de los trámites denominados:

- a) Solicitud, por parte de Madres Trabajadoras y/o Padres Solos, para obtener el apoyo del Programa e inscribir a sus hijas(os) en una Estancia Infantil Afiliada al Programa de Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras.
- b) Solicitud para incorporarse como beneficiario al programa seguro de vida para jefas de familia.

Que de conformidad con lo señalado por el artículo 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los instructivos, manuales y formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse previamente a su aplicación, en el Diario Oficial de la Federación, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL CUAL SE DAN A CONOCER DOS FORMATOS OFICIALES DERIVADOS DE LOS PROGRAMAS SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA Y DE ESTANCIAS INFANTILES PARA APOYAR A MADRES TRABAJADORAS, AMBOS A CARGO DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto dar a conocer dos formatos oficiales de los trámites denominados "Solicitud para incorporarse como beneficiario al programa seguro de vida para jefas de familia" y "Solicitud, por parte de Madres Trabajadoras y/o Padres Solos, para obtener el apoyo del Programa e inscribir a sus hijas(os) en una Estancia Infantil Afiliada al Programa de Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras", a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social y que son los siguientes:

Nombre de los formatos:

1. FO-SVJF-03. Incorporación y aceptación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia.
2. Solicitud de Apoyo a Madres Trabajadoras y Padres Solos del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando no se altere su contenido y en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta. Los interesados podrán consultar los formatos a través de medios electrónicos.

ARTÍCULO TERCERO.- Cualquier duda o solicitud de información respecto del presente Acuerdo, favor de dirigirse a las siguientes Unidades Administrativas:

- Para el caso del formato FO-SVJF-03. Incorporación y aceptación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia: Dirección General de Seguro de Vida para Jefas de Familia, sita en avenida Paseo de la Reforma número 116, piso 15, colonia Juárez, código postal 06600, Delegación Cuauhtémoc, en México, Distrito Federal, o bien comunicarse al teléfono 53-28-50-00, extensiones 50621 y 50634.
- Para el caso del formato Solicitud de Apoyo a Madres Trabajadoras y Padres Solos del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras: Dirección General de Políticas Sociales, sita en avenida Paseo de la Reforma

número 51, piso 18, colonia Tabacalera, código postal 06030, Delegación Cuauhtémoc, en México, Distrito Federal, o bien comunicarse al teléfono 51-41-79-00, extensiones 54410 y 54409.

ARTÍCULO CUARTO.- Las Unidades Administrativas a las que se refiere el artículo anterior deberán tener públicamente a disposición de quienes los soliciten, los formatos a los que se refiere el presente Acuerdo, ya sea en forma impresa o a través de medios electrónicos.

ARTÍCULO QUINTO.- El personal de atención al público de las Unidades Administrativas a las que se refiere este Acuerdo, deberán proporcionar la orientación e información necesaria para la realización de los citados trámites.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Los formatos a que se refiere el presente Acuerdo, deberán utilizarse a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TERCERO.- Los trámites que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Acuerdo deberán ser resueltos conforme a los formatos y plazos vigentes al momento de realizar dichos trámites.

CUARTO.- Conforme a lo señalado en el presente Acuerdo, las Unidades Administrativas responsables de los Programas respectivos, realizarán en su caso las gestiones necesarias para la adecuación del "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia para el ejercicio fiscal 2015" y del "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2015", publicados en el Diario Oficial de la Federación el 27 y 29 de diciembre de 2014, respectivamente.

QUINTO.- Los formatos descritos en el presente instrumento podrán emplearse sin perjuicio de que se continúen utilizando los previstos en los Acuerdos descritos en el artículo que precede, en tanto se llevan a cabo las modificaciones correspondientes.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintitrés días del mes de julio de dos mil quince.- La Secretaria de Desarrollo Social, **María del Rosario Robles Berlanga.-** Rúbrica.

Solicitud de Apoyo a Madres Trabajadoras y Padres Solos
del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras

Homoclave del formato:	Fecha de elaboración:
FF-SEDESOL-001	DD MM AAAA
Fecha de publicación del formato en el DOF:	Fecha de recepción en la SEDESOL (para uso de guías):
DD MM AAAA	DD MM AAAA

I. Datos generales de la persona solicitante

Persona física	Domicilio particular
CURP:	Código Postal:
Nombre(s):	Calle:
Primer apellido:	(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
Segundo apellido:	Número exterior: Número interior:
Edad:	Manzana: Lote:
Lada: Teléfono:	Colonia:
	(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
	Localidad:
	Municipio o delegación:
	Estado o Distrito Federal:

Entre la calle: y la calle:

La calle de atrás es:

Referencias:

Ocupación	Domicilio
<input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Busca trabajo	Código Postal:
En su caso, nombre del lugar donde trabaja o estudia:	Calle:
Teléfono: Ext:	(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
Horario:	Número exterior: Número interior:
Puesto:	Manzana: Lote:
Sueldo: \$	Colonia:
	(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
	Localidad:
	Municipio o Delegación:
	Estado o Distrito Federal:

gob mx
Secretaría de Desarrollo Social

II. Datos generales de las niñas y los niños

Núm.	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	Edad Años - Meses
1				
2				
3				

Núm.	Entidad federativa donde nació	Parentesco de la persona solicitante con la niña o el niño
1		
2		
3		

III. Documentación que acompaña

Documento	Sí	No	Observaciones
1. Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIIS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Cuestionario Complementario de Programa para la modalidad de Apoyo a Madres Trabajadoras y Padres Solos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Copia legible de la identificación oficial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Copia legible del acta de nacimiento de cada niña y niño que busca inscribir a una estancia infantil afiliada al Programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. En el caso de niñas o niños con alguna discapacidad, se deberá entregar copia legible y presentar original para compulsar, del certificado médico en el que se especifique el tipo de discapacidad que tenga y, en su caso, los medicamentos y cuidados especiales que requiera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. En caso de no ser alguno de los padres quien solicita el apoyo, se deberá entregar escrito libre en el que la madre, padre, tutora, tutor o principal cuidadora o cuidador de la niña o niño autoriza a la persona solicitante, realizar los trámites necesarios para solicitar el apoyo y copia legible de la identificación oficial de la persona solicitante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Copia legible de la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la persona solicitante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Copia legible de la Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada niña y niño que se quiera inscribir a alguna estancia infantil afiliada al Programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Escrito simple bajo protesta de decir verdad, en el que declare que trabaja, estudia o está buscando trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

IV. Información sobre criterios de elegibilidad

¿Tiene acceso a servicios de cuidado y atención infantil a través de instituciones públicas de seguridad social u otros medios? Sí No

En caso de ser hombre jefe de familia, ¿es el único responsable del cuidado de cada niña y niño que busca inscribir al Programa? Sí No

  	Contacto: 01 800 714 8340 y 01 800 007 3705 (01 55) 5141 7900, ext. 54280, 54221, 54223, 54228, 54245 y 54247 estanciasinfantiles@sedesol.gob.mx
---	---

gob mx

Secretaría de Desarrollo Social

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

Este formato es de libre reproducción.

Este formato debe entregarse con una copia para que se acuse de recibido y sea el comprobante de la persona solicitante.

Los datos personales contenidos en el presente formato están protegidos por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento; su acceso y corrección se realiza de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales. Las personas beneficiarias del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, en el manejo de los datos personales que estén en su posesión, deberán sujetarse a la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Persona solicitante

Nombre completo y firma bajo protesta de decir verdad

Recibe (personal de la SEDESOL)

Nombre completo y firma de quien recibe

Instructivo de llenado

Fecha de elaboración. Indicar la fecha en la que se solicita el apoyo.

Fecha de recepción en la SEDESOL. Indicar la fecha en la que se recibe la solicitud, por parte del personal adscrito a la SEDESOL o terceras personas que ésta designe.

Datos generales de la persona solicitante. Anotar los datos completos de nombre, edad y dirección. Asimismo, si la o el solicitante se encuentra trabajando, buscando trabajo o estudiando, deberá indicarlo en el apartado de ocupación. En caso de encontrarse trabajando o estudiando, debe completar la información solicitada.

Datos generales de las niñas y los niños. Señalar el nombre completo, la edad en años y meses, e parentesco (madre, padre, hermano, tío, abuela, etc.). En caso de que el parentesco no sea de padre o madre, deberá presentar forzosamente el documento número 6.

Documentación que acompaña. El personal de la SEDESOL que recibe, deberá marcar con X a los documentos que acompañan a la solicitud y, en el apartado de observaciones, las precisiones que le haga la o el solicitante.

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



CO-TNER
de Madres Trabajadoras

SEDESOL
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Contacto:

01 800 714 8340 y 01 800 007 3705
(01 55) 5141 7900, ext: 54280, 54221, 54223,
54228, 54245 y 54247
estanciasinfantiles@sedesol.gob.mx

Página 3 de 3

gob mx

Secretaría de Desarrollo Social

ro-SVJF-03. Incorporación y aceptación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia

Homoclave del formato: FO-SVJF-03	Fecha de la solicitud DD MM AAAA
Fecha de publicación del formato en el DOF DD MM AAAA	Folio de la solicitud
Folio de CUS DD MM AAAA	Folio del programa

Nueva incorporación
 Cambio de responsable
 Agregar persona beneficiaria
 Agregar corresponsable

I. Datos de la jefa de familia fallecida

Persona física CURP: _____ Nombre(s): _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Ocupación (actividad remunerable): _____	Información del acta de defunción Oficial: <input type="radio"/> No tiene Libro número: _____ Tomo número: <input type="radio"/> No tiene Acta número: _____ Foja número: <input type="radio"/> No tiene Fecha de registro: DD MM AAAA Fecha de defunción: DD MM AAAA
--	---

Información del fallecimiento

Causa: _____
Localidad: _____ Clave de a localidad: _____
Municipio o delegación: _____ Clave del municipio: _____
Entidad federativa: _____ Clave de a entidad federativa: _____

II. Información de las hijas e hijos en estado de orfandad materna

Núm.	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo H M	Fecha de nacimiento DD MM AAAA
1				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA
2				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA
3				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA
4				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA
5				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA
6				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA
7				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	DD MM AAAA

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOSCOFINER
del Banco de MéxicoSEDESOL
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Contacto:
01 800 007 3705
(01 55) 5328 5000, ext. 50617, 50621,
50622, 50623, 50625 y 50626
segurodevidadaparajefasdefamilia@sedesol.gob.mx

Página 1 de 3

gob mx

Secretaría de Desarrollo Social

Acta de nacimiento				
Núm.	Libro	Tomo	Acta	Foja
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

CURP	
Núm.	Clave
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Nivel escolar			
Núm.	Grado	Nivel	Fecha de expedición
1			DD MM AAAA
2			DD MM AAAA
3			DD MM AAAA
4			DD MM AAAA
5			DD MM AAAA
6			DD MM AAAA
7			DD MM AAAA

¿Tiene alguna discapacidad que le impida acudir a la escuela?		
Sí	No	Especificar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

III. Información de la persona responsable de las hijas e hijos beneficiarios

Nombre(s):	CURP:
Primer apellido:	Fecha de nacimiento: DD MM AAAA
Segundo apellido:	Tipo de identificación:
Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Faltó de la identificación: <input type="radio"/> No tiene
Parentesco con la o las personas beneficiarias:	
Correo electrónico:	<input type="radio"/> No tiene
Teléfono: 0 1	Celular: 0 4





Contacto:
 01 800 007 3705
 (01 55) 5328 5000, ext. 50612, 50621,
 50622, 50623, 50625 y 50626
segurodevidaparajefasdefamilia@sedesol.gob.mx

gob mx

Secretaría de Desarrollo Social

IV. Datos del domicilio donde vivirán las hijas e hijos en estado de orfandad materna

Código Postal: _____

Calle: _____ Domicilio conocido

(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)

Número exterior: _____	Letra exterior: _____	Número interior: _____	Letra interior: _____	<input type="radio"/> Sin núm. interior
Colonia: _____			Lote: _____	Manzana: _____
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sincón, etc.)</small>				
Localidad: _____			Clave de la localidad: _____	
Municipio o Delegación: _____			Clave del Municipio: _____	
Estado o Distrito Federal: _____			Clave del Estado: _____	

V. Documentación presentada por la persona responsable, hija o hijo en orfandad materna mayor de 18 años

<input type="checkbox"/> Identificación oficial	<input type="checkbox"/> Clave Única de Registro de Población (CURP)	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio
<input type="checkbox"/> Acta de defunción de la Infancia Familiar	<input type="checkbox"/> Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIIS)	<input type="checkbox"/> Salvedad de pre registro
<input type="checkbox"/> Constancia de estudios	<input type="checkbox"/> Certificado médico de discapacidad	

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

Proporcionar información socioeconómica falsa, con el propósito de recibir indebidamente los apoyos y servicios contenidos en los programas de desarrollo social, será objeto de suspensión o baja de los programas.

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en el Sistema de Control y Administración del Padrón de Beneficiarios de Programas de Desarrollo Social.

El llenado de este formato es gratuito.

Autorizó
Nombre, cargo y firma
Delegada(a), subdelegada(a) o coordinador(a)
Firma o huella digital de la persona responsable

  	<p>Contacto: 01 800 507 3705 (01 55) 5328 5000 ext. 50612, 50621, 50622, 50623, 50625 y 50628 segurodevidanarajefasdefamila@sedesol.gob.mx</p>
---	---