

ANEXO IV. ANVERSO DEL FORMATO NOTIFICACION DE INCORPORACION



GOBIERNO FEDERAL

SEDESOL

Oportunidades

Programa de Aprovechamiento

NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN

Titular Beneficiario (a)			Folio: ENCASEH
C.			Folio del Programa
Fase de Incorporación	Periodo de Incorporación	Vigencia de Notificación	Fecha de entrega al Titular Beneficiario (a)
			dia mes año

La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDHO) 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 Programa de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL); sin embargo, es Usted quien determina su aceptación a participar en él; para ello, el Programa adquiere un compromiso con las Familias Beneficiarias en el desarrollo de sus capacidades, lográndolo sólo con la participación activa de todos los integrantes de su familia en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa. Considerando lo anterior, Usted:

Acepta participar en el Programa No acepta participar en el Programa

Nota: 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.

Datos del Domicilio del Titular Beneficiario (a)			
Clave	Estado	Clave	Municipio
Clave	Localidad	Colonia	
AGEB	Calle, número exterior e interior		

CLAVE: INFNS-SEDESOL-04-01

Atendió			Recibí Notificación de Incorporación y estoy enterado (a) de su contenido
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma autógrafa o huella del Titular Beneficiario (a)
Cargo	CUPO	Firma	

"Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

Titular Beneficiario (a)			Folio: ENCASEH
C.			Folio del Programa
Fase de Incorporación	Periodo de Incorporación	Vigencia de Notificación	Fecha de entrega al Titular Beneficiario (a)
			dia mes año

La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDHO) 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 Programa de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL); sin embargo, es Usted quien determina su aceptación a participar en él; para ello, el Programa adquiere un compromiso con las Familias Beneficiarias en el desarrollo de sus capacidades, lográndolo sólo con la participación activa de todos los integrantes de su familia en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa. Considerando lo anterior, Usted:

Acepta participar en el Programa No acepta participar en el Programa

Nota: 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.

Datos del Domicilio del Titular Beneficiario (a)			
Clave	Estado	Clave	Municipio
Clave	Localidad	Colonia	
AGEB	Calle, número exterior e interior		

CLAVE: INFNS-SEDESOL-04-01

Atendió			Recibí Notificación de Incorporación y estoy enterado (a) de su contenido
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma autógrafa o huella del Titular Beneficiario (a)
Cargo	CUPO	Firma	

"Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

El llenado de este formato es responsabilidad del personal de la CNPDDHO

El llenado de este formato es responsabilidad del personal de la CNPDDHO

ANEXO IV. REVERSO DEL FORMATO NOTIFICACION DE INCORPORACION

Para Mayor Información, Consultas y Quejas:

Por Escrito

En escrito libre, procurando proporcionar la información indispensable que permita dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre del peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, breve descripción de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca. La población podrá depositar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos en los siguientes medios e instancias:

- Buzones fijos que se encuentren instalados en las oficinas de las Presidencias Municipales u otro orden de gobierno equivalente;
- Buzones móviles ubicados temporalmente en los Módulos de Entrega de Apoyos y Mesas de Atención;
- Reuniones de los Comités de Promoción Comunitaria;
- Personalmente 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;
- Personalmente en las Mesas de Atención, Centros de Atención y Registro, las Delegaciones de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades o en la Coordinación Nacional.

Por Teléfono

A través del sistema de atención telefónica en un horario de 8:00 a 19:00 horas de lunes a viernes, llamando a los números telefónicos:
 Larga distancia sin costo: 01-800-500-50-50 de la Coordinación Nacional del Programa;
 Al Órgano Interno de Control de la Sedesol: (55) 53-28-50-00 Ext. 51413, 51435, 51450, 51452, 51453, 51460, 51462, 51463, 51465 y 51498;
 Fax: D.F. 53-28-50-00 Ext. 51484 y 51487;
 Larga distancia sin costo: 01-800-714-83-40;
 Sactel: DF y área metropolitana: 14-54-20-00; del interior de la República, 01-800-11-20-584.

Por Medios Electrónicos

A través de las direcciones electrónicas:
 atencion@oportunidades.gob.mx operada por la Coordinación Nacional del Programa; o contactando a la Coordinación Nacional a través de su página en Internet www.oportunidades.gob.mx o al Órgano Interno de Control de la Sedesol: organo.interno@sedesol.gob.mx, quejasonic@sedesol.gob.mx, demandasocial@sedesol.gob.mx o en la página de Sedesol: www.sedesol.gob.mx.

Le recordamos que en la página de Internet www.oportunidades.gob.mx podrá consultar las Reglas de Operación que rigen tanto al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades como al Programa de Apoyo Alimentario (PAL), en ella encontrará, entre otra información:

- Derechos, Corresponsabilidades, Obligaciones y Criterios para la Suspensión de Apoyos, etc.

Todos los trámites relacionados con estos Programas son realizados de manera gratuita por el Personal de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

CONTROL OPERATIVO

Código de Resultado de la Entrega de la Notificación de Incorporación

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Aceptó participar | <input type="checkbox"/> 4 No aceptó participar |
| <input type="checkbox"/> 5 Defunción del único integrante | <input type="checkbox"/> 7 No localizada |
| <input type="checkbox"/> 26 Familia objetada | <input type="checkbox"/> Otro |

Documentación entregada por el Titular Beneficiario (a)

Para acreditar su identidad	Para acreditar datos personales
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de Credencial para Votar	<input type="checkbox"/> •Fotocopia del Acta de Nacimiento
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de Constancia de Autoridad Local	<input type="checkbox"/> •Fotocopia de CURP
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de Pasaporte	<input type="checkbox"/> •No tiene Acta de Nacimiento o CURP
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de Cartilla del Servicio Militar Nacional	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de Cédula de Identidad Ciudadana	

Observaciones Operativas:

ANEXO V. ANVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCIÓN

ANEXO V. REVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCION

VII. BAJA DE INTEGRANTE/BECARIO

Nº. INTEGRANTE (2 DÍGITS)	NOMBRE DEL INTEGRANTE A DAR DE BAJA (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	CAUSAL	DOCUMENTO SOPORTE	CAUSAL DE BAJA	DOCUMENTACION SOPORTE
		<input type="checkbox"/>	INFORMATIVA	(1) FALLECIMIENTO	A) COPIA ACTA DE DEFUNCION O EQUIVALENTES
		<input type="checkbox"/>		(2) DIFUSIÓN	B) COPIA CERTIFICADO
		<input type="checkbox"/>		(3) NO PERTENECE A LA FAMILIA	C) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
		<input type="checkbox"/>		(4) ERRO DE CAPTURA (HIJO (A) DE TUTOR)	D) CEDULA DE VALIDACION
		<input type="checkbox"/>		(5) YA NO VIVE EN EL HOGAR	E) COPIA ACTA MATRIMONIO
		<input type="checkbox"/>		(6) NO ES BECARIO	F) CONSTANCIA UNION LIBRE
		<input type="checkbox"/>		(7) PERTENECE A UNA FAMILIA	G) COPIA ACTA DE DIVORCIO
		<input type="checkbox"/>		(8) NO SE REQUiere	CONSTANCIA EMITIDA POR EMPLEADOR

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

VIII. BAJA DE FAMILIA

MOTIVO	DOCUMENTACION SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")	OPCIONAL
() NO PUEDE COMPROBARSE LA SUPERVIVENCIA DE LA TITULAR		
() NO PUEDE RATIFICARSE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA		
() EL TITULAR SOLIDARIO NO CUMPLE CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	1) CEDULA DE VALIDACION	1) ESCRITO DE LA COORDINACION ESTATAL
() PRESENTAR DOCUMENTACION FALSA PARA INTENTAR RECIBIR LOS APOYOS		() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() UTILIZAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA CON FINES ELECTORALES, POLITICOS, DE PROSOLITISMO RELIGIOSO O DE LUCRO		
() VENTA O CANJE DE LOS COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS	2) CEDULA DE VALIDACION	2) ESCRITO DE LA COORDINACION ESTATAL
() DISPUTA POR LOS APOYOS MONETARIOS DEL PROGRAMA		() CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
() PROBLEMAS CON LA IDENTIDAD O PATRIA POTESDAD	3) ESCRITO EMITIDO POR LA DIPENDENCIA	
() SERVIDOR PUBLICO INTEGRANTE NO EVENTUAL	4) CEDULA DE VALIDACION DE DUPLICADOS	
() DIFUSIÓN DE FAMILIA	5) COPIA ACTA DE DEFUNCION, O COPIA CONSTANCIA DEL FALLECIMIENTO	OPCIONAL
() FALLECIMIENTO DEL UNICO INTEGRANTE	6) COPIA CERTIFICADO DE VITALICIA	OPCIONAL
() RENUNCIA DE LA FAMILIA	7) COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO	OPCIONAL
	8) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL	
	9) COPIA PASAPORTE	
	10) COPIA CURP () COPIA INAPAM	
	11) COPIA DE LA DENUNCIA	
	12) ESCRITO DE LA DENUNCIA	
	13) ESCRITO DE LA COORDINACION ESTATAL	
	14) ESCRITO DE LA COORDINACION ESTATAL	
	15) ESCRITO DE LA DENUNCIA	
	16) ESCRITO DE LA DENUNCIA	
	17) ESCRITO DE LA DENUNCIA	
	18) ESCRITO DE LA DENUNCIA	
	19) ESCRITO DE LA DENUNCIA	
	20) ESCRITO DE LA DENUNCIA	

IX. REACTIVACION / REINCORPORACION DE FAMILIA

MOTIVO	DOCUMENTACION SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")	OPCIONAL
() COMPROBACION DE LA SUPERVIVENCIA DE LA TITULAR BENEFICIARIA	1) ESCRITO QUE EXPLIQUE LA COMPROBACION DE LA SUPERVIVENCIA EMITIDA POR EL PERSONAL OPERATIVO,	1) CEDULA DE VALIDACION
() RATIFICACION DE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACION	2) ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RATIFICACION DE LA VERACIDAD	2) CEDULA DE VALIDACION SITUACION FAMILIAR
() RESOLUCION CON LA IDENTIDAD O PATRIA POTESDAD	3) CEDULA VALIDACION	
() RESOLUCION DISPUTA POR APOYO	4) ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RESOLUCION DEL CONFLICTO	4) CEDULA DE VALIDACION SITUACION FAMILIAR
() TITULAR SOLIDARIO CUMPLE CON COMPROMISOS ADQUIRIDOS SI NO CUMPLE (REQUIERE TRAMITE CAMBIO DE TITULAR)	5) ESCRITO DEPENDENCIA	
() SE ACREDITA NO ES SERVIDOR PUBLICO O ES EVENTUAL	6) NO REQUIERE DOCUMENTO SOPORTE	
() OTROS (NO PERTIENE DE APOYOS, NO MIGRANTE EN CUELA, NO FIRMA CONTRATO O RECEPCION DE PREMIS, INASISTENCIA A PADRON, NO TIENE COMPLEMENTO ALIMENTICO O PNL, INASISTENCIA A PADRON, LA FAMILIA REINICIA AL PROGRAMA, LA FAMILIA NO SERA RECERTIFICADA, LA FAMILIA NO PROPORCIONA LA INFORMACION SOCIOECONOMICA, LA FAMILIA CONCLUYA CICLO EDA.)		

X. CORRECCION DE PARENTESCO

CONSECUTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	CONSECUTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	RESPECTO AL JEFE DEL HOGAR EL INTEGRANTE ES:	DOCUMENTACION SOPORTE
1. []	<input type="checkbox"/>	()	1. ABUELO (A)	12. NIETO (A)			
2. []	<input type="checkbox"/>	()	2. ABUELO (A) POLITICO (A)	13. NO TIENE PARENTESCO			A) ACTA DE NACIMIENTO
3. []	<input type="checkbox"/>	()	3. BISNIETO (A)	14. PADRASTRO O MADRASTRA			B) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
4. []	<input type="checkbox"/>	()	4. CURADO (A)	15. PADRE			
5. []	<input type="checkbox"/>	()	5. ESPOSO (A) COMPAÑERO (A)	16. PRIMO (A)			
6. []	<input type="checkbox"/>	()	6. HERMANO (A)	17. SOBRINO (A)			
7. []	<input type="checkbox"/>	()	7. HIJASTRO (A) ENTENADO (A)	18. SUEGRO (A)			
8. []	<input type="checkbox"/>	()	8. HIJO (A) ADOPТИVO (A)	19. TIO (A)			
9. []	<input type="checkbox"/>	()	9. HIJO (A)	20. YERNO O NUERA			
10. []	<input type="checkbox"/>	()	10. JEFE DE HOGAR				
11. []	<input type="checkbox"/>	()	11. MADRE				

XI. REPORTE EMBARAZO/LACTANCIA (SOLO FAMILIAS PNL)

INDICAR CON LA LETRA "E" CUANDO LA INTEGRANTE ESTE EMBARAZADA O "L" CUANDO SE ENCUENTRE EN PERIODO DE LACTANCIA		
INTEGRANTE REGISTRADO ANTES "E" O "L" MES	INTEGRANTE REGISTRADO ANTES "E" O "L" MES	INTEGRANTE ANTES "E" O "L" MES
1. []	4. []	A. []
2. []	5. []	B. []
3. []	6. []	C. []

RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACION

CUPO	CUPO	CUPO
NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIEN ELABORA LA FICHA	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN REVISA EN CAR	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN REVISA EN LA CEO
OBLIGATORIA	OPCIONAL	OPCIONAL
CUPO		
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN CAPTURA (AREA PADRON)		
OBLIGATORIA		
OBLIGATORIA		
OBLIGATORIA		

La ficha de atención quedará inválida en caso de no presentar el documento soporte correcto de acuerdo a la solicitud expuesta.

Todas las constancias de la Autoridad Local deberán estar avaladas con el nombre, firma o huella y cargo de al menos un integrante del Comité de Promoción Comunitaria (CPC) y deberán tener una vigencia no mayor a 6 meses en relación a la fecha de solicitud.

Conservé 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 Solicituds de Mantenimiento al Padrón.

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

- La titular beneficiaria u otro de sus miembros vendan o canjeen los complementos alimenticios recibidos del Programa;
- La titular beneficiaria u otro de sus integrantes presente documentación falsa o alterada o acredite una situación falsa, para intentar recibir sus apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria;
- La titular beneficiaria u otro de sus integrantes utilice el nombre del Programa con fines electorales, políticos, de proselitismo religioso o de lucro;
- Se detecte duplicación de la familia en el Padrón Activo de Beneficiarios. Solo en un registro la familia beneficiaria permanecerá activa, eliminándose los apoyos monetarios duplicados;
- La familia ya no cumpla con los criterios de elegibilidad del Programa, resultado de la recertificación o del proceso de verificación de sus condiciones socioeconómicas;
- La familia beneficiaria no permite la verificación de sus condiciones socioeconómicas y demográficas;
- La familia beneficiaria no acepte su recertificación o
- Defunción del único integrante de la familia.

*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 Oportunidades, de acuerdo a las Reglas de Operación y de los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAL."

ANEXO VI. CONSTANCIA DE INSCRIPCION PARA PRIMARIA Y SECUNDARIA

Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria

Oportunidades



Municipio y Estado _____, de _____ de 2010

Municipio y Estado _____

Día _____

Mes _____

Asunto: Constancia de Inscripción

COORDINACION NACIONAL DE OPORTUNIDADES
PRESENTEPor medio de la presente hago constar que el señor (a) _____, con folio _____, de _____
identificación Oportunidades, inscribió en el ciclo escolar 2010-2011 a su hijo (a) cuyos datos se especifican a continuación:

Nombre del alumno(a): _____

(Espacio para corregir): _____

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Folio integrante: _____

CURP (Clave Única de Registro de Población): _____

(Espacio para corregir): _____

Sexo: _____ (Espacio para corregir) H M

Fecha de nac. reg: _____

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

(Espacio para corregir Fecha Nacimiento)

Nombre de la escuela: _____

Municipio donde se ubica la escuela: _____

Localidad donde se ubica la escuela: _____

Grado escolar _____ (Indique el grado que cursa el becario)

Clave Centro de Trabajo: _____

Grupo: _____

Turno: Matutino Vespertino Nocturno Tiempo completo

Clave IRPyC: Sedesol-O4-D032-A

Atentamente
El Director de la Escuela

Sello de la Escuela

(Nombre y firma autógrafa)

Titular Beneficiaria:

- El llenado de este formato es responsabilidad del Plantel Educativo, llene con letra de molde o máquina de escribir.
- Una vez llenado este formato, deberá entregarse al personal de Oportunidades antes del 30 de septiembre de 2010.

Para mayor información, consulte o quelea:

- Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1450, Col. Barrio Actipen, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México, Distrito Federal.
- Envíe un fax al (0155)-54-02-07-00 Extensión 60206
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx
- Llame a SACTEL al 01-800-113-05-84

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

FOLIO INTEGRANTE:		ACUSE DE ENTREGA CICLO ESCOLAR 2010-2011				CITP-BÁSICA	
ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:					
FOLIO TITULAR:	NOMBRE DEL TITULAR:						
MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:		01 ENTRADO	04 NO ACEPTO	05 RECHAZO DEL INTEGRANTE	07 FAMILIA NO LOCALIZADA	10 INTEGRANTE DIFUNDO	
14 FAMILIA DADA DE BAJA		18 NO ENTREGADO POR CUESTIONES ATRIBUIBLES A LA CED	19 NO ENTREGADO POR CUESTIONES ATRIBUIBLES A LA NATURALEZA	20 INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	21 INTEGRANTE ESTUDIA PRIMARIA O SECUNDARIA	22 INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA	
CUPO		NOMBRE Y FIRMA / NOBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR O BECARIO)					
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN ENTREGA							

ANEXO VII. CONSTANCIA DE INSCRIPCION PARA EDUCACION MEDIA SUPERIOR



Constancia de Inscripción para Educación Media Superior

Oportunidades

de _____ de 2010

**COORDINACION NACIONAL DE OPORTUNIDADES
PRESENTE**

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) _____, con folio _____ de _____, identificación Oportunidades, inscribió en el ciclo escolar 2010-2011 a su hijo (a) cuyos datos se especifican a continuación:

Nombre del alumno(a): _____

(Espacio para corregir): _____ | _____ | _____

Folio integrante:

CURP (Clave Única de Registro de Población):

(Espacio para corregir): _____

Sexo: _____ (Espacio para corregir) H M Fecha de nac. reg: _____ / _____ / _____
dd mm aaaa
(Espacio para corregir fecha Nacimientos)

Nombre de la escuela: _____

Municipio donde se ubica la escuela: _____

Localidad donde se ubica la escuela: _____

Semestre:

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

 (Indique el semestre que cursa el becario)

Grupo: Turno: Matutino Vespertino Nocturno Mixto Clave Centro de Trabajo:

Atentamente
Director de la Escuela

(Nombre y firma autógrafa)

Titular Beneficiaria:

- El llenado de este formato es responsabilidad del Plantel Educativo, tiene que ser con letras de molde o máquina de escribir.
 - Una vez llenado este formato, deberá entregarse al personal de Oportunidades antes del 30 de septiembre de 2010.

Para mayor información, consulte a su asistente.

- Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
 - Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Acipar, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
 - Envíe un fax al (0155) 54-82-01-00 Extensión 60266
 - Envíe correo electrónico a aatencion@oportunidades.gob.mx
 - Llame a BACTEL al 01-800-112-05-84

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

**TALÓN DE USO EXCLUSIVO DEL BECARIO OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS PLÁSTICAS DE SALUD (Debe conservarse al entregar la Constancia de Inscripción)**

NOMBRE ALUMNO: _____	FOLIO INTEGRANTE: _____										
NOMBRE TITULAR: _____	FOLIO TITULAR: _____										
ESTADO: _____	MUNICIPIO: _____										
LOCALIDAD: _____	Oportunidades										
PLÁTICAS DE LA UNIDAD DE SALUD	ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD	PLANEACIÓN FAMILIAR	PREVENCIÓN ACCIDENTES	INTERVENCIÓN ADICIONES	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SERIAL	VIH / SIDA	GENERO Y SALUD	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MICROBIOLOGÍA	NUTRICIÓN	ENTORNOS FAVORABLES PARA LA SALUD COMUNITARIA

FOLIO INTEGRANTE:		ACUSE DE ENTREGA CICLO ESCOLAR 2010-2011				CITP-EMS	
ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:					
FOLIO TITULAR:		NOMBRE DEL TITULAR:					
MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:							
14 FAMILIA BAJA DE BAJA		01 ENTREGADO	04 NO ACEPTO	05 DEFUNCION DEL INTEGRANTE	07 FAMILIA NO LOCALIZADA	10 INTEGRANTE DUPLICADO	
18 NO ENTREGADO POR PREGUNTAS ATRIBUIBLES A LA CED		19 NO ENTREGADO POR PREGUNTAS ATRIBUIBLES A LA NATURALEZA	20 INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	21 INTEGRANTE ESTUDIA PRIMARIA O SECUNDARIA	22 INTEGRANTE NO PERTEENECE A LA FAMILIA		
CUPO							
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN ENTREGA							
NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR O BECARIO NMS)							

ANEXO VIII. ANVERSO DEL FORMATO S1/CRUS

ANEXO VIII. REVERSO DEL FORMATO S1/CRUS

FRECUENCIAS DE ATENCIÓN DE SALUD Y ACCIONES PRIORITARIAS

MEMBRO DE LA FAMILIA	GRUPOS DE RIESGO	FRECUENCIA DE ATENCIÓN		ACCIONES
		NÚMERO	MOMENTO	
NIÑOS	Racién nacido	5 revisiones	Al nacimiento, 7 y 28 días	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de signos de alarma; Exploración física completa; Detección y referencia de defectos al nacimiento; <ul style="list-style-type: none"> Revisión del control ambiental; Taniz neonatal; Verificación de aplicación de vitamina K y profilaxis oftálmica; <ul style="list-style-type: none"> Immunizaciones y capacitación a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana;
	Niños y niñas menores de 5 años	14 Revisiones	Al los 2, 6, 9, 12, 18 y 24, 30, 36, 42, 48, 64 y 80 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de factores de mal pronóstico del entorno familiar; Exploración física completa; orientación y detección; Evaluación del desarrollo psicomotor; <ul style="list-style-type: none"> Identificación de problemas posturales; Planes de salud bucal; Capacitación a los padres sobre el cuidado de la niña o el niño, alimentación y estimulación temprana; Promoción de la actividad física y la prevención de accidentes; <ul style="list-style-type: none"> Quinquiografía para Tuberculosis; Desparasitación, y Detección temprana de enfermedades;
	Niños y niñas de 5 a 9 años	1 cada 6 meses		<ul style="list-style-type: none"> Exploración física completa; Revisión de signos vitales y auxiliares; Detección de las realidades que trascienden al desarrollo y al aprendizaje; Identificación de problemas posturales; <ul style="list-style-type: none"> Promoción de salud bucal; Actualización del esquema de vacunación; Promoción de la actividad física y la prevención de accidentes; <ul style="list-style-type: none"> Quinquiografía para Tuberculosis; Promoción de la higiene personal y familiar, y Detección temprana de enfermedades;
ADOLESCENTES	Adolescentes de 10 a 19 años	1 cada 6 meses		<ul style="list-style-type: none"> Investigación; Exploración física completa; Detección grave de defectos vitales; Orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Garantizado de Salud; <ul style="list-style-type: none"> Manejo de la adolescencia embarazada como paciente de alto riesgo; Promoción, detección y control de ITS; Preverención y detección de riesgos de VH/SDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva; Detección de factores de riesgo para tuberculosis y tema de muestra para bacteriología en presencia de los y las padres; <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del estado nutricional y orientación alimentaria; Detección de casos de trastornos por déficit de atención o problemas por adicciones; Promoción de la actividad física, la salud sexual y la prevención de accidentes; Detección temprana de enfermedades, y Participación en grupos de ayuda mutua en adicciones;
MUJERES	Mujeres de 20 a 50 años	1 cada 6 meses		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y vigilancia del estado nutricional; Información sobre cáncer cervicouterino y al correspondiente, tema de muestra para citología; Información sobre cáncer de mama y explosión mamaria; Orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Investigaciones y administración de Anelito Móvil según corresponda; <ul style="list-style-type: none"> Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Garantizado de Salud; <ul style="list-style-type: none"> Detección de factores de riesgo para tuberculosis y tema de muestra para bacteriología en presencia de los y las padres;
HOMBRES	Hombres de 20 a 50 años	1 cada 6 meses		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y vigilancia del estado nutricional; Orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Investigación; Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Garantizado de Salud; Detección de diabetes, hipertensión arterial, obesidad y obesidad; <ul style="list-style-type: none"> Detección de enfermedades de transmisión sexual; Revisión y control de ITS; Preverención y detección de riesgos de VH/SDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Orientación y control de tuberculosis; <ul style="list-style-type: none"> Promoción de salud bucal, y Detección de factores de riesgo para tuberculosis y tema de muestra para bacteriología en presencia de los y las padres;
MUJERES Y HOMBRES	Mujeres y Hombres de 50 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Detección de enfermedades vasculares y auxiliares; Promoción de salud bucal; Información sobre cáncer cervicouterino y al correspondiente, tema de muestra para citología; Información sobre cáncer de mama y explosión mamaria; Detección de enfermedad prística; Detección de diabetes, hipertensión arterial, obesidad y obesidad; <ul style="list-style-type: none"> Planes de salud bucal y control de ITS; Preverención y detección de riesgos de VH/SDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Orientación y control de tuberculosis; <ul style="list-style-type: none"> Promoción de la actividad física y la prevención de accidentes, con énfasis en ciclismo;
EMBARAZADAS	Embarazadas	5 revisiones de acuerdo a la IVM	1s. Cada los primeros 12, 2s. Cada los meses 13-24, 3s. Entre los meses 25-27, 4s. Entre los meses 28-30, 5s. Entre los meses 38-40	<ul style="list-style-type: none"> Controlación del embarazo; Exploración obstétrica; Estimulación de Habilidades Clínicas; Identificación de riesgos, signos y síntomas de alarma; <ul style="list-style-type: none"> Control de peso, talla y tensión arterial; Advertencia de hambre y sed de noche; Preverención y detección de ITS y VH/SDA;
PUERPERIO	Mujeres puerperas	2 revisiones	7, 28 y 42 días	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de alimentación completa y lactancia materna; Evaluación de herida quirúrgica en su totalidad; Urgencia de sangrado endometrial; <ul style="list-style-type: none"> Detección de hipertensión, edema y dolor; Manejo y referencia oportuna de complicaciones; Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Garantizado de Salud;

Temas de Talleres
Presentación del Programa
1. Uso del Complemento Alimenticio
2. Alimentación y salud
3. Saneamiento básico a nivel familiar
4. Desarrollo social
5. Adolescencia y sexualidad
6. Planificación familiar
7. Salud sexual
8. Entornos favorables para la salud comunitaria
9. Maternidad sin riesgo
10. Salud mental
11. Alimentación durante el embarazo y la lactancia
12. Manejo del Cielo de desastres
13. Infecciones respiratorias agudas (IRAS)
14. Tuberculosis
15. Hipertensión arterial y diabetes
16. Prevención de accidentes
17. Manejo inicial de lesiones
18. Manejo de las enfermedades crónicas
19. Cultura para la domación de animales
20. Enfermedad fetal
21. Enfermedades menos comunes por factores y aclaración
22. Prevención de las adicciones
23. Cuidado y manejo de la lactancia
24. Cuidado del recién nacido
25. Lactancia materna y alimentación complementaria
26. Cuidado de mano y óvulos
27. Uterino, tórax y pacéculos autoexploración mamaria
28. El riesgo de un año
29. Vacunas
30. Estimulación temprana
31. Cuidado del recién nacido
32. Infecciones de transmisión sexual
33. Prevención de VH/SDA
34. Cuidado de la salud
35. Violencia intrafamiliar
36. Cistoadenoma ovariano y endometriosis
37. Asueros básicos en caso de desastres
38. Encuentro al adulto mayor
39. Desarrollo social
40. Otras temáticas vinculadas a la situación epidemiológica local

CÓDIGOS DE RESULTADO

- 01 ACEPTO
- 02 CAMBIO TITULAR
- 03 DEFINICIÓN DEL ÚNICO INTEGRANTE
- 04 NO ASISTIÓ AL MARCO
- 05 DOCUMENTO DIFUNDIDO
- 06 TITULAR NO LOCALIZADA
- 07 TITULAR NO INCORPORADA
- 08 NO ASISTIÓ AL MARCO
- 24 DOCUMENTO DIFUNDIDO
- 25 FAMILIA NO INCORPORADA

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

Datos para el informe, consulta o cuestión:

- Llame a atención. Consulte en operaciones al 01 800 800 80 80 de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 hrs.
- Visite la Oficina de Consulta y Operaciones del Programa de Desarrollo Humano. Oportunidades en Insurgentes Sur 1430, Col. Benito Juárez, Delegación Benito Juárez, Código Postal 14330, México, Distrito Federal.
- Envíe un fax al (0155) 54 42 47 06 Extensión 62325
- Envíe correo electrónico a atención@oportunidades.gob.mx
- Llame a SATEL al 01 800 812 05 84

Requerir los apoyos necesarios en asistencia al informe o consulta:

- La titular beneficiaria u otra de sus encuestadas veráden o comparece los suplementos alimenticios recibidos del Programa.
- La titular beneficiaria u otra de sus encuestadas presenta su documentación fehaciente y alega que no recibió una alimentación adecuada, para informar recibir los apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria.
- La titular beneficiaria u otra de sus encuestadas presentan el informe del Programa de Oportunidades de promoción religiosa y de servicios.
- Se detiene desplazamiento de la familia en el Padreón Activo de Beneficiarios. Sólo en un regreso la familia beneficiaria permanecerá activa, alministrándose los apoyos deplazados.
- La familia beneficiaria ya no cumple con los criterios de elegibilidad del Programa como resultado de la reactualización o del proceso de verificación de sus condiciones socioeconómicas y demográficas.
- La familia beneficiaria no acepta su reactualización o
- Defunción del único integrante de la familia.

"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 Oportunidades, de acuerdo a

Los Reglas de Operación y de los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IPAI."

**ANEXO IX. MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)
DEL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES.**

La información de la columna “Frecuencia de medición” se refiere al periodo de tiempo en el que se calcula el indicador y no al momento en que la información sobre los avances del mismo puede ser consultada por los usuarios, de acuerdo a lo que se establece en la ficha técnica registrada en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH) para cada indicador.

PROPOSITO. Las familias beneficiarias de Oportunidades amplían sus capacidades en educación, salud y nutrición.

Nombre del indicador		Fórmula	Unidad de Medida	Frecuencia de medición
11.1	Tasa de terminación de educación básica de los jóvenes beneficiarios de Oportunidades	(Número de egresados de secundaria del Programa Oportunidades/Población Beneficiaria del Programa Oportunidades con 15 años de edad)*100	Porcentaje	Anual
11.2	Porcentaje de becarios de primaria que transitan a secundaria	(Becarios de primaria en Oportunidades inscritos al siguiente nivel / Becarios de primaria en Oportunidades inscritos en sexto grado al cierre del ciclo anterior)*100	Porcentaje	Anual
11.3	Porcentaje de becarios de secundaria que transitan a educación media superior	(Becarios de secundaria en Oportunidades inscritos en educación media superior / Becarios de tercero de secundaria en Oportunidades activos en el ciclo anterior)*100	Porcentaje	Anual
11.4	Porcentaje de becarias en educación básica con respecto a la composición por sexo de la matrícula nacional	[(Estudiantes becarias mujeres de educación básica registradas en Oportunidades / Estudiantes becarios de educación básica registrados en Oportunidades) / (Alumnos mujeres registradas en educación básica a nivel nacional / Población total de alumnos de educación básica a nivel nacional) -1]*100	Porcentaje	Anual
11.5	Porcentaje de becarias en educación media superior con respecto a la composición por sexo de la matrícula nacional	[(Estudiantes becarias mujeres de educación media superior registradas en Oportunidades / Estudiantes becarios de educación media superior registrados en Oportunidades) / (Alumnos mujeres registradas en educación media superior a nivel nacional / Población total de alumnos de educación media superior a nivel nacional)-1]*100	Porcentaje	Anual
11.6	Prevalencia de desnutrición crónica infantil, entendida como baja talla para la edad, de la población beneficiaria de Oportunidades	(Niños de 0 a 59 meses con puntaje Z de talla para la edad menor a dos desviaciones estándares por debajo de la media de la referencia / Total de niños de 0 a 59 meses de edad)*100	Porcentaje	Quinquenal
11.7	Prevalencia de diarrea aguda infantil de la población beneficiaria de Oportunidades	(Número de niños menores de cinco años con algún evento de diarrea aguda en los 15 días previos a la encuesta) / (Total de niños de 0 a 59 meses de edad) * 100	Porcentaje	Quinquenal
11.8	Prevalencia de anemia en mujeres de 12 a 49 años de edad embarazadas y beneficiarias del Programa Oportunidades	(Número de mujeres beneficiarias en edad reproductiva (12 a 49 años) que están embarazadas y registraron una concentración de hemoglobina menor a 110 g/L) / (Total de mujeres beneficiarias embarazadas en edad reproductiva (12 a 49 años) participantes en la encuesta) * 100	Porcentaje	Quinquenal

COMPONENTE EDUCACION. Familias beneficiarias con niños y jóvenes que cumplieron su corresponsabilidad en educación básica y media superior con apoyos educativos emitidos.

Nombre del indicador		Fórmula	Unidad de Medida	Frecuencia de medición
111.1	Porcentaje de becarios de educación básica a los que se les emitieron los apoyos monetarios de becas educativas	[((Becarios de educación básica a los que se les transfirió el apoyo monetario de becas el mes 1 + Becarios de educación básica a los que se les transfirió el apoyo monetario de becas el mes 2) *1/2) / (Becarios activos el bimestre))*100	Porcentaje	Trimestral
111.2	Porcentaje de becarios de EMS a los que se les emitieron los apoyos monetarios de becas educativas	[((Becarios de EMS a los que se les transfirió el apoyo monetario de becas el mes 1 + Becarios de EMS a los que se les transfirió el apoyo monetario de becas el mes 2) *1/2) / (Becarios activos el bimestre)])*100	Porcentaje	Trimestral
111.3	Niños que reciben becas de educación básica y media superior	(Becarios de educación básica a los que se les emitió transferencia monetaria para becas educativas + Becarios de educación media superior a los que se les emitió transferencia monetaria para becas educativas)	Niños	Trimestral

COMPONENTE SALUD. Familias beneficiarias, que cumplieron su corresponsabilidad, con el Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGS) provisto.

Nombre del indicador		Fórmula	Unidad de Medida	Frecuencia de medición
112.1	Porcentaje de familias beneficiarias que están en control en los servicios de salud	(Número de familias beneficiarias en control / Número de familias beneficiarias registradas) *100	Porcentaje	Bimestral
112.2	Porcentaje de mujeres embarazadas beneficiarias que están en control prenatal	(Total de mujeres embarazadas beneficiarias registradas en control / Número de mujeres embarazadas beneficiarias registradas) *100.	Porcentaje	Bimestral
112.3	Porcentaje de adultos mayores beneficiarios que cumplieron su corresponsabilidad en salud a los que se les emitió el apoyo monetario	(Número de adultos mayores a los que se les transfirió el apoyo monetario dirigido a los adultos de 70 y más años / Número de adultos mayores en el Padrón)*100	Porcentaje	Trimestral

COMPONENTE ALIMENTARIO. Familias beneficiarias que cumplieron su corresponsabilidad en salud con apoyos alimentario y nutricional emitido.

Nombre del indicador		Fórmula	Unidad de Medida	Frecuencia de medición
113.1	Porcentaje de niños beneficiarios que están en control nutricional	(Total de niños menores de cinco años beneficiarios registrados en control nutricional/ total de niños beneficiarios menores de cinco años registrados)*100	Porcentaje	Bimestral
113.2	Porcentaje de niños beneficiarios que recibieron suplemento alimenticio	(Total de niños entre 6 y 24 meses, de niños de 2 a 4 años desnutridos y de niños de 2 a 4 años en vías de recuperación que recibieron suplemento alimenticio / El total de niños entre 6 y 24 meses, de niños de 2 a 4 años desnutridos y de niños de 2 a 4 años en vías de recuperación)*100	Porcentaje	Bimestral
113.3	Porcentaje de mujeres embarazadas beneficiarias que recibieron suplemento alimenticio.	(Total de mujeres embarazadas beneficiarias que recibieron suplemento alimenticio / El total de mujeres embarazadas beneficiarias)*100	Porcentaje	Bimestral
113.4	Porcentaje de familias beneficiarias a las que se les emitió apoyo monetario para alimentación	(Número de familias beneficiarias a las que se les transfirió el apoyo monetario de alimentación / Número de familias beneficiarias en el Padrón Activo sin considerar a las que se encuentran en el Esquema Diferenciado de Apoyos) *100	Porcentaje	Trimestral
113.5	Porcentaje de familias beneficiarias a las que se les emitió el apoyo monetario para gasto en energéticos.	(Número de familias beneficiarias con transferencia del componente energético / Número de familias beneficiarias en el Padrón Activo sin considerar a las que se encuentran en el Esquema Diferenciado de Apoyos) *100	Porcentaje	Trimestral

ACTIVIDADES TRANSVERSALES.

Nombre del indicador		Fórmula	Unidad de Medida	Frecuencia de medición
1101.1	Porcentaje de cobertura de familias beneficiarias del Programa Oportunidades	(Número de familias beneficiarias del Programa / Número de familias establecidas como meta anual al inicio del ejercicio fiscal) x 100	Porcentaje	Trimestral
1101.2	Familias beneficiarias del Programa Oportunidades	Número de familias beneficiadas	Familias	Trimestral
1101.3	Porcentaje de mujeres titulares de familias beneficiarias de Oportunidades	(Número total de Mujeres titulares beneficiarias del Programa) / (Número total de familias beneficiarias en el padrón activo del Programa)*100	Porcentaje	Trimestral

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

OBJETIVO: Contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza extrema favoreciendo el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del Programa.

FLUJOGRAMA DE MECANISMO DE SELECCIÓN

