

ANEXO IV. ANVERSO DEL FORMATO NOTIFICACION DE INCORPORACION

GOBIERNO
FEDERAL

SEDESOL

Oportunidades

PROGRAMA
DE APOYO
AL DESARROLLO

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)		
			día	mes	año

La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDO) 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, 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		

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

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

GOBIERNO
FEDERAL

SEDESOL

Oportunidades

PROGRAMA
DE APOYO
AL DESARROLLO

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)		
			día	mes	año

La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDO) 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, 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		

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

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

ANEXO IV. REVERSO DEL FORMATO NOTIFICACION DE INCORPORACION

Para Mayor Información, Consultas y Quejas:	
Por Escrito	
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; o • 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	
<p>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.</p>	
Por Medios Electrónicos	
<p>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, quejasoic@sedesol.gob.mx, demandasocial@sedesol.gob.mx o en la página de Sedesol: www.sedesol.gob.mx.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ATENCION

FICHA DE ATENCIÓN

BIMESTRE DE CAPTURA: _____ (PARA USO DEL ÁREA DE PADRÓN)

FECHA DE SOLICITUD
Día Mes Año

Clave RFT y S: SEDSOL-004-00

Movimientos que se realizan

<input type="checkbox"/> I. CORRECCIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/> IV. REPOSICIÓN DE MEDIO PARA LA RECEPCIÓN DE APOYOS	<input type="checkbox"/> VII. BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO	<input type="checkbox"/> X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO
<input type="checkbox"/> II. CAMBIO DE TITULAR	<input type="checkbox"/> V. ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> VIII. BAJA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> XI. REPORTE EMBARAZO / LACTANCIA
<input type="checkbox"/> III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS	<input type="checkbox"/> VI. CAMBIO O CORRECCIÓN LOCALIDAD / DOMICILIO	<input type="checkbox"/> IX. REACTIVACIÓN/REINCORPORACIÓN DE FAMILIA	

DATOS DEL TITULAR

FOLIO TITULAR: _____ CLAVE OFICIAL DE LOCALIDAD: _____
LOCALIDAD: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____

I. CORRECCIÓN DE DATOS

CONSECUTIVO INTEGRANTE	DOCUMENTO SOPORTE PRESENTADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. COPIA ACTA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2. COPIA IFE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. COPIA PASAPORTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4. COPIA CREDENCIAL INAPAM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. COPIA CURP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6. CONSTANCIA AUTORIDAD LOC.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7. COPIA CARTILLA MILITAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8. NO REQUIERE

II. CAMBIO DE TITULAR

NOMBRE COMPLETO DEL NUEVO TITULAR: _____ PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE _____

SEXO: H M FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ () ES NUEVO INTEGRANTE(2) () ES TUTOR(2)

MOTIVO

() FALLECIMIENTO	() COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN () COPIA CONSTANCIA O CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO () CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN () CONSTANCIA AUT. LOC
() 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 EMPLEO
() LA TITULAR ESTUDIA	() CONSTANCIA DE ESTUDIOS

III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS

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

IV. REPOSICIÓN DE MEDIO PARA LA RECEPCIÓN DE APOYOS

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

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

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 1	<input type="checkbox"/> ----- (,)				Día/Mes/Año	A) COPIA ACTA DE NACIMIENTO O EQUIVALENTES ADemás: PARA HUÉRFANO O ABANDONADO B) COPIA ACTA DE ADOPCIÓN C) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL PARA CÓNYUGE D) COPIA ACTA DE MATRIMONIO E) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL PARA REACTIVACIÓN F) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
<input type="checkbox"/> RI 2	<input type="checkbox"/> ----- (,)				Día/Mes/Año	
<input type="checkbox"/> AI 3	<input type="checkbox"/> ----- (,)				Día/Mes/Año	

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

VI. CAMBIO O CORRECCIÓN LOCALIDAD/ DOMICILIO

☐ CAMBIO DE LOCALIDAD ☐ CORRECCIÓN DE DOMICILIO AGEB: _____

CLAVE NUEVA LOCALIDAD: ____ DIRECCIÓN: _____ NOMBRE NUEVA LOCALIDAD: _____

CALLE: _____ No. EXT.: _____ No. INT.: _____ COL.: _____

C. P.: _____ MUN./DELG.: _____ REFERENCIA: _____

DOCUMENTACIÓN SOPORTE: () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL () COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR () COPIA COMPROBANTE DE DOMICILIO () COPIA ACTA DE VELOCIDAD

ACUSE FICHA DE ATENCIÓN

NOMBRE TITULAR: _____ FOLIO TITULAR: _____ BIMESTRE RESOLUCIÓN: S-P M-A N-J J-A S-D N-D

FECHA DE SOLICITUD: Día Mes Año

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I. CORRECCIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/> VII. BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA FECHA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II. CAMBIO DE TITULAR	<input type="checkbox"/> VIII. BAJA DE FAMILIA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS	<input type="checkbox"/> IX. REACTIVACIÓN / REINCORPORACIÓN DE FAMILIA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IV. REPOSICIÓN DE MEDIO PARA LA RECEPCIÓN DE APOYOS	<input type="checkbox"/> X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> V. ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> XI. REPORTE EMBARAZO / LACTANCIA	

CUPO _____

ANEXO V. REVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCION

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
		<input type="checkbox"/> (1) FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> (1) FALLECIMIENTO
		<input type="checkbox"/> (2) FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> (2) FALLECIMIENTO
		<input type="checkbox"/> (3) NO PERTENECE A LA FAMILIA	<input type="checkbox"/> (3) NO PERTENECE A LA FAMILIA
		<input type="checkbox"/> (4) ERROR DE CAPTURA	<input type="checkbox"/> (4) ERROR DE CAPTURA
		<input type="checkbox"/> (5) YA NO VIVE EN EL HOGAR	<input type="checkbox"/> (5) YA NO VIVE EN EL HOGAR
		<input type="checkbox"/> (6) NO ES BECARIO	<input type="checkbox"/> (6) NO ES BECARIO

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

VIII. BAJA DE FAMILIA			
MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")		
() NO PUEDA COMPROBARSE LA SUPERVIVENCIA DE LA TITULAR	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() NO PUEDA RATIFICARSE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() EL TITULAR SOLIDARIO NO CUMPLE CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() PRESENTAR DOCUMENTACIÓN FALSA PARA INTENTAR RECIBIR LOS APOYOS	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() UTILIZAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA CON FINES ELECTORALES, POLÍTICOS, DE PROSELITISMO RELIGIOSO O DE LUCRO	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() VENTA O CANJE DE LOS COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() DISPUTA POR LOS APOYOS MONETARIOS DEL PROGRAMA	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() PROBLEMAS CON LA IDENTIDAD O PATRIA POTESTAD	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() SERVIDOR PÚBLICO INTEGRANTE NO EVENTUAL	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() FALLECIMIENTO DEL ÚNICO INTEGRANTE	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() RENUNCIA DE LA FAMILIA	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL	() ESCRITO DE LA DENUNCIA

IX. REACTIVACIÓN / REINCORPORACIÓN DE FAMILIA			
MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")		
() COMPROBACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA DE LA TITULAR BENEFICIARIA	() ESCRITO QUE EXPLIQUE LA COMPROBACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA ENTREGADA POR EL PERSONAL ORIENTADOR	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() RATIFICACIÓN DE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACIÓN	() ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RATIFICACIÓN DE LA VERACIDAD	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() RESOLUCIÓN CON LA IDENTIDAD O PATRIA POTESTAD	() CÉDULA DE VALIDACIÓN	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() RESOLUCIÓN DISPUTA POR APOYO	() ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() TITULAR SOLIDARIO CUMPLE CON COMPROMISOS ADQUIRIDOS SI NO CUMPLE (REQUIERE TRÁMITE CAMBIO DE TITULAR)	() ESCRITO DEPENDENCIA	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() SE ACREDITA NO ES SERVIDOR PÚBLICO O ES EVENTUAL	() ESCRITO DEPENDENCIA	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA
() OTROS (NO RETIRO DE APOYOS, NO MOVIMIENTOS EN CUENTA, NO FIRMA CONTRATO O RECIBIÓN DE PAGO, INDETERMINACIÓN A SALIR, NO RETIRO COMPLEMENTO ALIMENTICIO PAL, INASISTENCIA A MARO, LA FAMILIA RENUNCIA AL PROGRAMA, LA FAMILIA NO HA REACTIVADO, LA FAMILIA NO PROPORCIONA LA INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA, LA FAMILIA CONCLUYÓ CICLO EDA.)	() NO REQUIERE DOCUMENTO SOPORTE	() CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR	() ESCRITO DE LA DENUNCIA

X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO			
CONSECUTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	DOCUMENTO SOPORTE
1.	ABUELO (A)	12. NIETO (A)	13. NO TIENE PARENTESCO
2.	ABUELO (A) POLÍTICO (A)	14. PADRASTRO O MADRASTRA	15. PADRE
3.	BISNIETO (A)	16. PRIMO (A)	17. SOBRINO (A)
4.	CUÑADO (A)	18. SUBRO (A)	19. TIO (A)
5.	ESPOSO (A) COMPAÑERO (A)	20. VERO O NUERA	
6.	HERMANO (A)		
7.	HIJASTRO (A) ENTENADO (A)		
8.	HIJO (A) ADOPTIVO (A)		
9.	HIJO (A)		
10.	JEFE DE HOGAR		
11.	MADRE		

XI. REPORTE EMBARAZO/LACTANCIA (SOLO FAMILIAS PAL)			
INTEGRANTE REGISTRADO	ABORTE "E" O "L"	YES	NO
1.			
2.			
3.			

RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN			
CUPO	CUPO	CUPO	CUPO
NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIÉN ELABORA LA FICHA	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REvisa EN CAR	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REvisa EN LA CEO	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN CAPTURA (ÁREA PADRÓN)
OBLIGATORIA	OPCIONAL	OPCIONAL	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.

Conserve 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 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 detecta 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 cumple con los criterios de elegibilidad del Programa, resultado de la recertificación o del proceso de verificación de sus condiciones socioeconómicas;
- La familia beneficiaria no permita 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 IFAI."

ANEXO VI. CONSTANCIA DE INSCRIPCION PARA PRIMARIA Y SECUNDARIA

Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria **Oportunidades**

 _____ de _____ de 2010
Municipio y Estado Día Mes

Asunto: Constancia de Inscripción

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): _____

Nombre(a) 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 (Espacio para corregir fecha nacimiento)

Nombre de la escuela: _____

Municipio dónde se ubica la escuela: _____

Localidad dónde se ubica la escuela: _____

Grado escolar _____ (Indique el grado que cursa el becario) Clave Centro de Trabajo: _____

Grupo: _____ Turno: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ Tiempo completo

Atentamente
El Director de la Escuela

(Nombre y firma autógrafa)

Sello de la Escuela

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, consultas o quejas:

- 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 01-800-112-05-84

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

FOLIO INTEGRANTE:		ACUSE DE ENTREGA		CITP-BÁSICA	
ESTADO:		MUNICIPIO:		LOCALIDAD:	
FOLIO TITULAR:		NOMBRE DEL TITULAR:			
MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:					
01	ENTREGADO	04	NO ACEPTO	05	DEFUNCION DEL INTEGRANTE
07	FAMILIA NO LOCALIZADA	10	INTEGRANTE DUPLICADO		
14	FAMILIA DADA DE BAJA	18	NO ENTREGADO POR CUESTIONES ATRIBUIBLES A LA CEO	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 / NOMBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR O BECARIO)		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN ENTREGA			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>		

ANEXO VII. CONSTANCIA DE INSCRIPCION PARA EDUCACION MEDIA SUPERIOR



Constancia de Inscripción para Educación Media Superior

Oportunidades

_____ de _____ de 2010
Municipio y Estado Día Mes

Asunto: Constancia de Inscripción

COORDINACIÓN 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): _____
Nombre(a) 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: _____
ds mm aaaa ds mm aaaa
(Espacio para corregir fecha nacimiento)

Nombre de la escuela: _____

Municipio dónde se ubica la escuela: _____

Localidad dónde 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 Beneficiario:

- 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 a sus asesores:

- 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 Azcapotzalco, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155) 54-62-07-00 Extensión 60206
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx
- Llame a SACTEL 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"

"FOLÓN DE USO EXCLUSIVO DEL BECARIO OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR"

PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS PLÁTICAS 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	ANÁLISIS DE RIESGO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	VIA / BDA	GÉNERO Y SALUD	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	NUTRICIÓN	ENTREVISTA FAMILIAR PARA LA SALUD COMUNITARIA
--------------------------------	--------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------	-------------------------	-----------	---

FOLIO INTEGRANTE: _____		ACUSE DE ENTREGA		CITP-EMS	
ESTADO: _____		MUNICIPIO: _____		LOCALIDAD: _____	
FOLIO TITULAR: _____		NOMBRE DEL TITULAR: _____			

MARCA CON UNA X EL CÓDIGO DE RESULTADO:	01 ENTREGADO	04 NO ACERTO	05 DEFUNCIÓN DEL INTEGRANTE	07 FAMILIA NO LOCALIZADA	10 INTEGRANTE DUPLICADO
14 FAMILIA BAJA DE BAJA	18 NO ENTREGADO POR CUESTIONES ATRIBUIBLES A LA GEO	19 NO ENTREGADO POR CUESTIONES ATRIBUIBLES A LA NATURAL EDA	20 INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	21 INTEGRANTE ESTUDIA PRIMARIA O SECUNDARIA	22 INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA

CUPO: _____

NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN ENTREGA _____

NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR O BECARIO NMS) _____

(Cuarta Sección-Vespertina) 73

El contenido de este foro es de responsabilidad de la Unidad de Salud.

74 (Cuarta Sección-Vespertina)

DIARIO OFICIAL

Viernes 31 de diciembre de 2010

<input type="checkbox"/> 01 ACEPTO	<input type="checkbox"/> 06 CAMBIO DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/> 24 DOCUMENTO DUPLICADO
<input type="checkbox"/> 03 CAMBIO TITULAR	<input type="checkbox"/> 07 TITULAR NO LOCALIZADA	<input type="checkbox"/> 25 FAMILIA NO INCORPORADA
<input type="checkbox"/> 05 DEFUNCION DEL UNICO INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> 08 NO ASISTIO AL MAPO	

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