

ANEXO IV. ANVERSO DEL FORMATO NOTIFICACION DE INCORPORACION

Vivir Mejor **GOBIERNO FEDERAL** **SEDESOL** **Oportunidades** **PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO** **NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN**

Titular Beneficiario (a)			Folio ENCASEH	Folio del Programa		
C.						
Fase de Incorporación	Periodo de Incorporación	Vigencia de atención	Vigencia de captura	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). Al aceptar su incorporación, el Programa se compromete a favorecer el desarrollo de las capacidades de los integrantes de su familia y usted, asume el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa. Considerando lo anterior Usted:

☐ Acepta su Incorporación al Programa ☐ No Acepta su Incorporación al 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 EDO.	ESTADO	CLAVE MPIO.	MUNICIPIO
CLAVE LOC.	LOCALIDAD	BARRIO/COLONIA	
AGEB	CALLE, NÚMERO EXTERIOR E INTERIOR		NÚMERO TELEFÓNICO

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"

FOLIO FORMATO: 

Vivir Mejor **GOBIERNO FEDERAL** **SEDESOL** **Oportunidades** **PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO** **NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN**

Titular Beneficiario (a)			Folio ENCASEH	Folio del Programa		
C.						
Fase de Incorporación	Periodo de Incorporación	Vigencia de atención	Vigencia de captura	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). Al aceptar su incorporación, el Programa se compromete a favorecer el desarrollo de las capacidades de los integrantes de su familia y usted, asume el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa. Considerando lo anterior Usted:

☐ Acepta su Incorporación al Programa ☐ No Acepta su Incorporación al 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 EDO.	ESTADO	CLAVE MPIO.	MUNICIPIO
CLAVE LOC.	LOCALIDAD	BARRIO/COLONIA	
AGEB	CALLE, NÚMERO EXTERIOR E INTERIOR		NÚMERO TELEFÓNICO

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"

FOLIO FORMATO: 

ANEXO IV. REVERSO DEL FORMATO NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN

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, lugar y fecha en que sucedieron, 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 e inconformidades 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 diversos espacios de atención del Programa; • En las oficinas de la Coordinación Nacional del Programa, la Secretaría de la Función Pública, la SEDESOL o el Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional Reuniones de los Comités de Promoción Comunitaria.	
Por Teléfono	
A través del sistema de atención telefónica, llamando a los números: • Larga distancia sin costo: 01-800-500-50-50 de la Coordinación Nacional del Programa en un horario de 8:00 a 19:00 horas de lunes a viernes; • Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa. Telefonos (55) 5462-0700, Ext. 50643 y 06644. • Secretaría de la Función Pública: DF y área metropolitana: 2000-2000; del interior de la República: 01-800-3662-466; de Estados Unidos 01-800-4752-393.	
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; • El Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa: organo.interno@sedesol.gob.mx, quejas@oportunidades.gob.mx y quejas.oic@oportunidades.gob.mx; o en la página de SEDESOL: www.sedesol.gob.mx; • La Secretaría de la Función Pública: contactociudadano@funcionpublica.gob.mx, quejas@funcionpublica.gob.mx o en su página electrónica: www.funcionpublica.gob.mx.	
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 • En los diversos espacios de atención del Programa, Unidades de Atención Regional y en las Delegaciones del Programa, • En las oficinas centrales de la Coordinación Nacional del Programa en Av. Insurgentes Sur 1480, Colonia Barrio Actopan, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México D.F.; • En la Secretaría de la Función Pública en Av. Insurgentes Sur 1735, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 010220, México D.F. • En las oficinas del Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa en Av. Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actopan, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México, D.F. • En las oficinas de la SEDESOL en Avenida Paseo de la Reforma No. 116, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México D.F.	
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.	
Recuerde que:	

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 Definitivo						
01	Incorporada			02	No incorporada	
¿Se requirió algún trámite mediante Ficha de Atención?				Causal de la no incorporación		
SI NO						
0101	Incorporada			04	No Aceptó	10
0102	Trámite de corrección de datos del Titular Beneficiario(a)			05	Defunción del Único Integrante	17
0103	Trámite de cambio de Titular Beneficiario (a)			07	No Localizada(*)	18
				❖ Otro		
FOLO DE LA FICHA DE ATENCIÓN				❖		
				(*) Se refiere a las causales que se asignan al finalizar la vigencia de atención.		

Documentación entregada por el Titular Beneficiario (a)	
Para acreditar su identidad	Para acreditar sus datos personales
☐ •Fotocopia de la Credencial para Votar ☐ •Fotocopia de la Constancia de Autoridad Local ☐ •Fotocopia del Pasaporte ☐ •Fotocopia de la Cartilla del Servicio Militar Nacional ☐ •Fotocopia de la Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ☐ •Fotocopia de la Cédula de Identidad Ciudadana ☐ •Fotocopia del Documento Migratorio	☐ •Fotocopia de Acta de Nacimiento ☐ •Fotocopia de la CURP ☐ •Fotocopia del Documento Migratorio ☐ •No presenta documento para acreditar datos personales
Observaciones Operativas:	

ANEXO V
ANVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCIÓN



GOBIERNO FEDERAL
SEDESOL



Oportunidades
Secretaría de Desarrollo Social
Vivir Mejor

FICHA DE ATENCIÓN

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

FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año

Clave RFT y S: SEDESOL 004 00

MOVIMIENTOS QUE SE REALIZAN

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

Impresión:

DATOS DEL TITULAR

FOLIO TITULAR: _____ CLAVE OFICIAL DE LOCALIDAD:

E	E	M	M	L	L	L	L
---	---	---	---	---	---	---	---

 LOCALIDAD: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____

SI LA TITULAR CUENTA CON ETIQUETA ESPECIAL, PÉGUELA AQUÍ

CORRECCIÓN DE NOMBRE				INT.
ACTUAL	PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)	
ACTUAL	PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)	

I. CORRECCIÓN DE DATOS

DOCUMENTO	SOPORTE PRESENTADO
☐	1. COPIA ACTA DE NACIMIENTO
☐	2. COPIA IFE
☐	3. COPIA PASAPORTE
☐	4. COPIA CREDENCIAL INAPAM
☐	5. COPIA CURP
☐	6. CONSTANCIA AUTORIDAD LOC.
☐	7. COPIA CARTILLA MILITAR
☐	8. NO REQUIERE

II. CAMBIO DE TITULAR

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

SEXO: ☐ H ☐ M FECHA DE NACIMIENTO:

D	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---

 () ES NUEVO INTEGRANTE⁽¹⁾ () ES TUTOR⁽²⁾

() FALLECIMIENTO () COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN () COPIA CONSTANCIA O CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO () CERTIFICADO DE INHUMACIÓN () CONSTANCIA AUT. LOC.

() AUSENCIA DEL HOGAR () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL

() DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL () CONSTANCIA O CERTIFICADO MEDICO

() ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN () NO REQUIERE

() LA TITULAR TRABAJA () LA TITULAR ESTUDIA () CONSTANCIA DE ESTUDIOS

(1) () COPIA ACTA DE NACIMIENTO (2) () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL () COPIA ACTA DE NACIMIENTO () COPIA DOCUMENTO DE ADOPCIÓN

III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS ()

IV. REPOSICIÓN DE MEDIO PARA LA RECEPCIÓN DE APOYOS ()

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

AI	RI	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE ALTA
☐	☐			A) COPIA ACTA DE NACIMIENTO O EQUIVALENTES ADENÁS: 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
☐	☐			
☐	☐			

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

VI. CAMBIO O CORRECCIÓN/LOCALIDAD/ DOMICILIO

☐ CAMBIO DE LOCALIDAD ☐ CORRECCIÓN DE DOMICILIO

CLAVE NUEVA LOCALIDAD

E	E	M	M	L	L	L	L
---	---	---	---	---	---	---	---

 DIRECCIÓN: _____ AGEB: _____

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

C. P. _____ MUN. /DFI G. _____ RFFFRFNCTA _____

() COPIA ACTA DE VECINDAD

ACUSE FICHA DE ATENCIÓN

NOMBRE TITULAR: _____ FECHA DE SOLICITUD

FOLIO TITULAR: _____ Día Mes Año

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

NOMBRE INTEGRANTE / OBSERVACIONES (I, V, VII, X O XI) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	I. CORRECCIÓN DE DATOS II. CAMBIO DE TITULAR III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS IV. REPOSICIÓN DE MEDIO PARA LA RECEPCIÓN DE APOYOS V. ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE VI. CAMBIO O CORRECCIÓN LOCALIDAD / DOMICILIO	VII. BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO VIII. BAJA DE FAMILIA IX. REACTIVACIÓN / REINCORPORACIÓN DE FAMILIA X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO XI. REPORTE EMBARAZO / LACTANCIA
--	--	---

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA FICHA

CUPO: _____

Folio

Este formato no es de libre reproducción

El llenado de este formato es responsabilidad de Oportunidades

Oportunidades

* Reemplazar estos datos únicamente para cambio de localidad y/o estado

Folio

Titular Estado:

Impresión:

Impresión:

**ANEXO V
REVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCIÓN
VII. BAJA DE INTEGRANTE/BECARIO**

No. INTEGRANTE (2 DÍGITOS)	NOMBRE DEL INTEGRANTE A DAR DE BAJA (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	CAUSAL	DOCUMENTO SOPORTE	CAUSAL DE BAJA	* DOCUMENTACIÓN SOPORTE
		☐ ***** ()		DEFINITIVA (1) FALLECIMIENTO (2) DUPLICIDAD (3) NO PERTENECE A LA FAMILIA (4) ERROR DE CAPTURA /HISO (A) DE TUTOR	A) COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN O EQUIVALENTES B) COPIA CERTIFICADO C) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL D) CÉDULA DE VALIDACIÓN E) COPIA ACTA MATRIMONIO F) CONSTANCIA UNIÓN LIBRE G) COPIA ACTA DE DIVORCIO H) CONSTANCIA EMITIDA POR EMPLEADOR I) NO SE REQUIERE
		☐ ***** ()		NO TIEMPO INSISTENTE (5) YA NO VIVE EN EL HOGAR (6) NO ES BECARIO	* * NO SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN SOPORTE CUANDO ES LA TITULAR QUIEN REALIZA EL TRÁMITE

* 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")	OPCIONAL
() 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		
() EL TITULAR SOLIDARIO NO CUMPLE CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS		
() PRESENTAR DOCUMENTACIÓN FALSA PARA INTENTAR RECIBIR LOS APOYOS		
() UTILIZAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA CON FINES ELECTORALES, POLÍTICOS, DE PROSELITISMO RELIGIOSO O DE LUCRO		
() VENTA O CANJE DE LOS COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS		
() DISPUTA POR LOS APOYOS MONETARIOS DEL PROGRAMA	() CÉDULA DE VALIDACIÓN () ESCRITO DE LA COORDINACIÓN ESTATAL () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL	
() PROBLEMAS CON LA IDENTIDAD O PATRIA POTESTAD	() CÉDULA DE VALIDACIÓN DE DUPLICADOS	
() SERVIDOR PÚBLICO INTEGRANTE NO EVENTUAL	() COPIA ACTA DEFUNCIÓN O COPIA CONSTANCIA DEL FALLECIMIENTO	OPCIONAL () ESCRITO DE LA DENUNCIA
() DUPLICIDAD DE FAMILIA	() COPIA CERTIFICADO INHUMACIÓN () ESCRITO COORDINACIÓN ESTATAL	
() FALLECIMIENTO DEL ÚNICO INTEGRANTE	() COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO () COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL () COPIA CURP () COPIA INAPAM () COPIA PASAPORTE	OPCIONAL () ESCRITO DE LA RENUNCIA
() RENUNCIA DE LA FAMILIA		

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 EMITIDA POR EL PERSONAL OPERATIVO, () CÉDULA DE VALIDACIÓN FAMILIAR SITUACIÓN
() RATIFICACIÓN DE LA VERACIDAD DE LA CERTIFICACIÓN	() ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RATIFICACIÓN DE LA VERACIDAD () CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR
() RESOLUCIÓN CON LA IDENTIDAD O PATRIA POTESTAD	() CÉDULA VALIDACIÓN
() RESOLUCIÓN DISPUTA POR APOYO	
() TITULAR SOLIDARIO CUMPLE CON COMPROMISOS ADQUIRIDOS SI NO CUMPLE (REQUIERE TRÁMITE CAMBIO DE TITULAR)	() ESCRITO QUE EXPLIQUE LA RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO () CÉDULA DE VALIDACIÓN SITUACIÓN FAMILIAR
() SE ACREDITA NO ES SERVIDOR PÚBLICO O ES EVENTUAL	() ESCRITO DEPENDENCIA
() OTROS (NO RETIRO DE APOYOS, NO MOVIMIENTOS EN CUENTA, NO FIRMA CONTRATO O RECEPCIÓN DE MEDIO, INASISTENCIAS A SALUD, NO RETIRO COMPLEMENTO ALIMENTICIO PAL, INASISTENCIA A MAPO, LA FAMILIA RENUNCIE AL PROGRAMA, LA FAMILIA NO SEA RECERTIFICADA, LA FAMILIA NO PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA, LA FAMILIA CONCLUYA CICLO EDA.)	() NO REQUIERE DOCUMENTO SOPORTE

X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO

CONSECUTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	CONSECUTIVO INTEGRANTE	PARENTESCO	DOCUMENTO SOPORTE	RESPECTO AL JEFE DEL HOGAR EL INTEGRANTE ES:	DOCUMENTACIÓN SOPORTE
						1. ABUELO (A)	A) ACTA DE NACIMIENTO B) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
						2. ABUELO (A) POLÍTICO (A)	
						3. BISNIETO (A)	
						4. CUÑADO (A)	
						5. ESPOSO (A) COMPAÑERO (A)	
						6. HERMANO (A)	
						7. HIJASTRO (A) ENTEÑADO (A)	
						8. HIJO (A) ADOPTIVO (A)	
						9. HIJO (A)	
						10. JEFE DE HOGAR	
						11. MADRE	
						12. NIETO (A)	
						13. NO TIENE PARENTESCO	
						14. PADRASTRO O MADRASTRA	
						15. PADRE	
						16. PRIMO (A)	
						17. SOBRINO (A)	
						18. SUEGRO (A)	
						19. TÍO (A)	
						20. YERVO O NUERA	

XI. REPORTE EMBARAZO/LACTANCIA (SOLO FAMILIAS PAL)

INDICAR CON LA LETRA "X" CUANDO LA INTEGRANTE ESTE EMBARAZADA O "L" CUANDO SE ENCUENTRE EN PERÍODO DE LACTANCIA			INDICAR CON LA LETRA "X" CUANDO LA INTEGRANTE ESTE EMBARAZADA O "L" CUANDO SE ENCUENTRE EN PERÍODO DE LACTANCIA			INDICAR CON LA LETRA "X" CUANDO LA INTEGRANTE ESTE EMBARAZADA O "L" CUANDO SE ENCUENTRE EN PERÍODO DE LACTANCIA		
INTEGRANTE REGISTRADO	ANOTE "P" O "L"	RES	INTEGRANTE REGISTRADO	ANOTE "P" O "L"	RES	INTEGRANTE REGISTRADO	ANOTE "P" O "L"	RES
1.			4.			A.		
2.			5.			B.		
3.			6.			C.		

RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN

CUPO	CUPO	CUPO
NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIÉN ELABORA LA FICHA	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REVISAS EN CAR	NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REVISAS EN LA CEO
OBLIGATORIA	OPCIONAL	OPCIONAL
CUPO	CUPO	CUPO
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN CAPTURA (ÁREA PADRÓN)		
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.

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

Recuerde los 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 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."

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 1480, Col. Barrio Atipán, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 Extensión 60206
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx
- Llame a SACTEL al 01-800-112-05-84



ANEXO VII. Constancia de Inscripción para Educación Media Superior
Constancia de Inscripción para Educación Media Superior

Oportunidades

_____ de _____ de 2012
 Estado y Municipio Día Mes

**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 **2012-2013** a su hijo (a)
 cuyos datos se especifican a continuación:

Nombre del alumno (a): _____
 Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Folio integrante: _____ Sexo: ☐ H ☐ M

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 dd mm aaaa

Clave Centro de Trabajo: _____ Semestre: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 (Indique el semestre que cursa el becario)

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

Nombre de la escuela: _____
 Municipio dónde se ubica la escuela: _____
 Localidad dónde se ubica la escuela: _____

Atentamente
 El Director 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 2012.
- Anexar copia Fotostática del acta de nacimiento

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 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 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		CICLO ESCOLAR 2012-2013		CITP-EMS	
ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:					
FOLIO TITULAR:	NOMBRE DEL TITULAR:						
MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:							
☐ 01 ENTREGADO	☐ 04 NO ACEPTO	☐ 05 DEFUNCIÓN 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 BASICA	☐ 22 INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA		
CUPO _____ NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN ENTREGA				_____ NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIÉN RECIBE (TITULAR O BECARIO)			

Tratar Beneficiaria Oportunidades

El llenado de este formato es responsabilidad de la Unidad de Salud.

ANEXO VIII. REVERSO DEL FORMATO S1/CRUS

MIEMBRO DE LA FAMILIA	GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA DE ATENCIÓN		ACCIONES
		NÚMERO	MOMENTO	
NIÑOS	Recién nacido	3 revisiones	Al nacimiento, 7 y 56 días	- Identificación de signos de alarma. - Exploración física completa. - Detección y referencia de defectos al nacimiento.
	Niños y niñas menores de 6 años	14 Revisiones	A los 2, 4, 6, 8, 10, 12, 18 y 24, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses de edad	- Identificación de factores de mal pronóstico del entorno familiar. - Exploración física completa. - Imunizaciones. - Evaluación del desarrollo psicomotor.
	Niños y niñas de 6 a 9 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	- Exploración física completa. - Evaluación de agudeza visual y auditiva. - Asesoración de trastornos que limitan el desarrollo y el aprendizaje. - Identificación de problemas posturales.
ADOLESCENTES	Adolescentes de 10 a 19 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	- Imunizaciones. - Exploración física completa. - Detección gruesa de defectos visuales. - 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.
MUJERES	Mujeres de 20 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	- Evaluación y vigilancia del estado nutricional. - Información sobre cáncer cervicouterino y si corresponde, toma de papanicolaú. - Información sobre cáncer de mama y exploración mamaria. - Orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva. - Imunizaciones y administración de ácido fólico según corresponde.
HOMBRES	Hombres de 20 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	- Evaluación y vigilancia del estado nutricional. - 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. - Detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.
MUJERES Y HOMBRES	Mujeres y Hombres de 60 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	- Detección de deficiencias visuales y auditivas. - Promoción de salud bucal. - Información sobre cáncer cérvico uterino y si corresponde, toma de papanicolaú. - Información sobre cáncer de mama y exploración mamaria. - Detección de enfermedad preclínica. - Detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.
EMBARAZADAS	Embarazadas	5 revisiones de acuerdo a la NOM 007/S2/A23	1ra. En las primeras 12 semanas 2a. Entre la semana 22 y 24 3a. Entre la semana 27 - 29 4a. Entre la semana 33 - 35 5a. Entre la semana 36 - 40	- Confirmación del embarazo. - Exploración obstétrica. - Rastreo de Historia Clínica. - Identificación de riesgos, signos y síntomas de alarma.
PUERPERIO	Mujeres puérperas	3 revisiones	7, 20 y 42 días	- Promoción de alojamiento conjunto y lactancia materna. - Examen de herida quirúrgica en su caso. - Vigilancia de sangrado obstétrico.

Temas de Talleres
Presentación del Programa

1. Uso del Complemento Alimenticio
2. Alimentación y salud
3. Crecimiento latido a nivel familiar
4. Participación social
5. Adolescencia y sexualidad
6. Planificación familiar
7. Nutrición
8. Entorno favorable para la salud comunitaria
9. Maternidad sin riesgo
10. Embarazo
11. Alimentación durante el embarazo y la lactancia
12. Papanicolaú/Olo-de-desparasitación
13. Infecciones respiratorias agudas (IRAs)
14. Tuberculosis
15. Hipertensión arterial y diabetes.
16. Prevención de accidentes.
17. Manejo inicial de lesiones
18. Enfermedades preclínicas
19. Cultura para la donación de órganos
20. Salud bucal
21. Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis
22. Prevención de las adicciones
23. Papan y puerperio
24. Cuidados del recién nacido
25. Lactancia materna y alojamiento conjunto
26. Cáncer de mama y cérvico uterino, toma de papanicolaú, autoexploración mamaria
27. El menor de un año
28. El mayor de un año
29. Vacunas
30. Estimulación temprana
31. Diarrea y uso del VSD
32. Infecciones de transmisión sexual
33. Prevención de VIH/SIDA
34. Género y salud
35. Violencia intrafamiliar
36. Clonoterapia, menopausia y andropausia
37. Acciones básicas en caso de desastres
38. Atención al adulto mayor
39. Discapacidad
40. Otros temas vinculados a la situación epidemiológica local

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

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 19:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1490, Col. Santo Arcángel, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03320, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0152)-54-62-07-00 Extensión 00200
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx
- Llame a SACTEL al 01-800-112-05-04

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

- La titular beneficiaria u otro de sus miembros vendan o ceben los suplementos alimenticios recibidos del Programa
- La titular beneficiaria u otro de sus integrantes presenten documentación falsa o alterada o acrediten una situación falsa, para intentar recibir los apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria
- La titular beneficiaria u otro de sus integrantes utilicen 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. Sólo en un registro la familia beneficiaria permanecerá activa, eliminándose los apoyos duplicados
- La familia beneficiaria ya no cumple con los criterios de elegibilidad del programa como resultado de la reidentificación 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 reidentificación 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 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."

Viernes 30 de

PARTE CENTRAL

CONTINUA

3