

ANEXO IV. Anverso del formato Notificación de Incorporación

Oportunidades		SEDESOL		NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN	
Presente: C.		FOLIO ENCASER		FAMILIA ID	
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)					
FOLIO PROGRAMA	ESTRUCTURA TERRITORIAL OPERATIVA	FASE DE INCORPORACIÓN	PERIODO DE INCORPORACIÓN		
VIGENCIA DE ATENCIÓN		VIGENCIA DE CAPTURA		FECHA DE ENTREGA AL TITULAR BENEFICIARIO(A)	
				DD	NN
				AA	
La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDOH) 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 pretende 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 MPIO	MUNICIPIO	CLAVE LOC	LOCALIDAD		
(Tipo y Nombre de Vialidad, Tipo y Nombre del Asentamiento Humano, Número Exterior y/o Interior)					
AGEB					
(Km, entre Vialidades u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)					
NÚMERO TELEFÓNICO			CORREO ELECTRÓNICO		
Atendió			Recibí Notificación de Incorporación y estoy enterado(a) de su contenido		
			Firma autógrafa o huella del Titular Beneficiario (a)		
Nombre completo, Cargo, CIPO y Firma					
Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social					
FO-G00-DGAD-02-01		VER 00			
					

Oportunidades		SEDESOL		NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN	
Presente: C.		FOLIO ENCASER		FAMILIA ID	
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)					
FOLIO PROGRAMA	ESTRUCTURA TERRITORIAL OPERATIVA	FASE DE INCORPORACIÓN	PERIODO DE INCORPORACIÓN		
VIGENCIA DE ATENCIÓN		VIGENCIA DE CAPTURA		FECHA DE ENTREGA AL TITULAR BENEFICIARIO(A)	
				DD	NN
				AA	
La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDOH) 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 pretende 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 MPIO	MUNICIPIO	CLAVE LOC	LOCALIDAD		
(Tipo y Nombre de Vialidad, Tipo y Nombre del Asentamiento Humano, Número Exterior y/o Interior)					
AGEB					
(Km, entre Vialidades u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)					
NÚMERO TELEFÓNICO			CORREO ELECTRÓNICO		
Atendió			Recibí Notificación de Incorporación y estoy enterado(a) de su contenido		
			Firma autógrafa o huella del Titular Beneficiario (a)		
Nombre completo, Cargo, CIPO y Firma					
Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social					
FO-G00-DGAD-02-01		VER 00			
					

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, estado, relación sucinta de hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad o denuncia y la institución a la que pertenece. 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; - Reuniones de los Comités de Promoción Comunitaria; - 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; - En las Oficinas del Órgano de Control de la entidad federativa ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o servicio público dentro del Programa, en cualquiera de sus componentes, o - En las Mesas de Atención, Unidades de Atención Regional, las Delegaciones Estatales del Programa o en la Coordinación Nacional.			
Por Teléfono			
A través del sistema de atención telefónica, llamando a los números: - Larga Distancia sin costo: 01 800 000 00 00 de la Coordinación Nacional del Programa en un horario de 9:00 a 19:00 horas de lunes a viernes; Cív. 5481 0700 ext. 27700 y 60439; - Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa: Teléfonos (55) 5482-0700, Ext. 60543 y 69644; - Atención Ciudadana de SEDESOL, Teléfonos 5141-7972 y 5141-7974; Larga Distancia sin costo: 01 800 0073 705 - Secretaría de la Función Pública: DF y área metropolitana: 2000-2000; - A los números de los sistemas similares que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Órgano de Control de la misma o de las Delegaciones Estatales del Programa y que se encuentran en la página www.opportunidades.gob.mx.			
Por Medios Electrónicos			
A través de las direcciones electrónicas: - atencion@oportunities.gob.mx operada por la Coordinación Nacional del Programa; o contactando a la Coordinación Nacional a través de su página en Internet: www.opportunidades.gob.mx; - El Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa: organo.interno@sedesol.gob.mx, quejas@oportunities.gob.mx y quejas.oc@oportunities.gob.mx; o en la página de SEDESOL: www.sedesol.gob.mx; - La Secretaría de la Función Pública: contactosudadanos@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 Estatales del Programa y Oficinas Centrales de la Coordinación Nacional; - En las Oficinas Centrales de la Coordinación Nacional del Programa en Insurgentes Sur 1480, Colonia Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México, D.F.; - En la Secretaría de la Función Pública en Insurgentes Sur 1735, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, México, D.F.; - En las Oficinas del Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa en Av. Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, 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. 06600, México, D.F.			
Le recordamos que en la página de Internet: www.opportunidades.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, Responsabilidades, 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 con/sin trámite de cambio de Localidad/domicilio		04 No Aceptó	10 Familia Duplicada
0102 Trámite de corrección de datos del Titular Beneficiario(a)		07 No Localizada(*)	17 Falta Documento Soporte(*) (para acreditar su identidad)
0103 Trámite de cambio de Titular Beneficiario (a)		Otro	
FOLIO 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	
☐ •Fotografía de la Credencial para votar		☐ •Fotocopia del Acta de Nacimiento	
☐ •Fotocopia de la Constancia de Identidad con Fotografía o de Residencia		☐ •Fotocopia de la CURP	
☐ •Fotocopia del Pasaporte		☐ •Fotocopia del Documento Migratorio	
☐ •Fotocopia de la Cartilla del Servicio Militar Nacional		☐ •No presenta documento para acreditar datos personales	
☐ •Fotocopia de la Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)			
☐ •Fotocopia de la Cédula de Identidad Ciudadana			
☐ •Fotocopia del Documento Migratorio			
Observaciones Operativas:			

ANEXO V. Anverso del formato Ficha de Atención

ANEXO V. ANVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCIÓN

FICHA DE ATENCIÓN

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

FECHA DE SOLICITUD: _____

SEDESOL Oportunidades

FOLIO: _____

MOVIMIENTOS QUE SE REALIZAN

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 (AI) O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE (RI)

VII. BAJA DE INTEGRANTE/BECARIO

ACUSE FICHA DE ATENCIÓN

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

ESTADO: _____

TEXTO: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA FICHA

CUPO: _____

*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 a los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IPAL.

ANEXO V. Anverso del formato Ficha de Atención para la Captación del Domicilio Geográfico

SEDESOL Oportunidades		ANEXO V. ANVERSO DEL FORMATO FICHA DE ATENCIÓN PARA LA CAPTACIÓN DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO	
Estado:		FECHA DE SOLICITUD	
FOLIO		FICHA DE ATENCIÓN PARA LA CAPTACIÓN DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO	
BIMESTRE DE CAPTURA:		(PARA USO DEL ÁREA DE PADRÓN)	
VI. CAMBIO O CORRECCIÓN DE LOCALIDAD/DOMICILIO			
DATOS DEL TITULAR			
(APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) (NOMBRE)		SI LA TITULAR CUENTA CON ETIQUETA ESPECIAL, PÉGUELA AQUÍ	
FOLIO TITULAR		1. CAMBIO DE LOCALIDAD 2. CORRECCIÓN DE DOMICILIO	
DOCUMENTACIÓN SOPORTE:			
() CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL () COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR () COPIA COMPROBANTE DE DOMICILIO () COPIA ACTA DE VICINIDAD () CARTOGRAFÍA () INFORMACIÓN TITULAR			
CLAVE LOCALIDAD		AGEB: MANZANA:	
NOMBRE DE LA LOCALIDAD:		1. ¿SE IDENTIFICÓ EN LA CARTOGRAFÍA LA MANZANA EN LA QUE SE UBICA LA VIVIENDA? 2. ¿SE IDENTIFICÓ EN LA CARTOGRAFÍA EL AGEB EN LA QUE SE UBICA LA VIVIENDA?	
Adaptar con una "X" el tipo de vivienda a la que está referido el domicilio de la familia y llenar con los datos solicitados el bloque correspondiente.			
RETERA		CÓDIGO:	
TRAMO:		TRAMO:	
ADMINISTRACIÓN:		MARGEN:	
TRÁNSITO:		KILOMETRO:	
KILOMETRO:		KILOMETRO:	
A falta de algún dato, describa ubicación (referencias)		A falta de algún dato, describa ubicación (referencias)	
Complemente el siguiente bloque con la información que se cuente:			
NÚMERO EXTERIOR 1:		NÚMERO EXTERIOR 2:	
NÚMERO INTERIOR:		CÓDIGO POSTAL:	
TIPO DE ASENTAMIENTO			
NOMBRE DEL ASENTAMIENTO			
TIPO			
VIALIDAD:			
ENTRE LA VIALIDAD:			
Y LA VIALIDAD:			
LA VIALIDAD POSTERIOR ES:			
DESCRIPCIÓN DE LA UBICACIÓN (REFERENCIAS):			
NÚMERO TELEFÓNICO:			
RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN			
CUPO		CUPO	
NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIÉN ELABORA LA FICHA		NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN REvisa EN UAR	
OBLIGATORIA		OPCIONAL	
CUPO		CUPO	
NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN CAPTURA (ÁREA PADRÓN)		NOMBRE, FIRMA O HUELLA DE TITULAR BENEFICIARIA	
OBLIGATORIA		OBLIGATORIA	
ACUSE DE LA FICHA DE ATENCIÓN PARA LA CAPTACIÓN DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO			
NOMBRE TITULAR:		FECHA DE SOLICITUD	
FOLIO TITULAR:		Día Mes Año	
BIMESTRE RESOLUCIÓN:		NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PLASORÓ LA FICHA	
1. CAMBIO DE LOCALIDAD 2. ACTUALIZACIÓN DE DOMICILIO		CUPO	

ANEXO V. Reverso del formato Ficha de Atención para la Captación del Domicilio Geográfico

[illegible]

ANEXO VI. Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria

ANEXO VI. Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria
Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria Oportunidades


 _____ de _____ de 2013
 Estado y Municipio Día Mes

COORDINACION NACIONAL DE OPORTUNIDADES PRESENTE

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) _____ con folio _____ identificación **Oportunidades**, inscribió en el ciclo escolar **2013-2014** 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: _____ **Grado escolar:** _____

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

Nombre de la escuela: _____

Municipio donde se ubica la escuela: _____

Localidad donde se ubica la escuela: _____

Atentamente
El Director de la Escuela

 (Nombre y firma autógrafa)

El grado escolar debe anotarse en número arábigo.
 Primaria: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º y 6º
 Secundaria: 1º, 2º y 3º
 CAM - Laboral: 91 - 1er nivel, 92 - 2do nivel y 93 - 3er nivel

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 2013.
- Anexar copia Fotostática del acta de nacimiento.

Para mayor información, consulte o asista:

- Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-509-50-50 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 Actopan, 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

"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**
CICLO ESCOLAR 2013-2014

ESTADO: _____ **MUNICIPIO:** _____ **LOCALIDAD:** _____

FOLIO TITULAR: _____ **NOMBRE DEL TITULAR:** _____

MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:

00	ENTREGADO	01	NO ACEPTO	02	SEPARACIÓN DEL INTEGRANTE	03	FAMILIA NO LOCALIZADA	04	INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA	05	PROBLEMAS POLITICOS SOCIALES O CURRITOLÓGICOS
06	ENTREGADO	07	DOCUMENTO	08	BAJA	09	FAMILIA INTEGRANTE	10	INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	11	INTEGRO A OPORTUNIDADES
12	ENTREGADO	13	DOCUMENTO	14	BAJA	15	FAMILIA INTEGRANTE	16	INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	17	INTEGRO A OPORTUNIDADES
18	ENTREGADO	19	DOCUMENTO	20	BAJA	21	FAMILIA INTEGRANTE	22	INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	23	INTEGRO A OPORTUNIDADES

CITP: _____

NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN ENTREGA

NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR)

ANEXO VII. Constancia de Inscripción para Educación Media Superior

ANEXO VII. Constancia de Inscripción para Educación Media Superior

Constancia de Inscripción para Educación Media Superior Oportunidades

_____ de _____ de 2013
Estado y Municipio Día Mes

COORDINACIÓN NACIONAL DE OPORTUNIDADES PRESENTE

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) _____, con folio _____, identificación **Oportunidades**, inscribió en el ciclo escolar **2013-2014** 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 aa

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

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

Nombre de la escuela: _____

Municipio donde se ubica la escuela: _____

Localidad donde 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 2013.
- 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 1483, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-02-07-00 Extensión 60205
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx

"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-EMS	
		CICLO ESCOLAR 2013-2014			
ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:			
FOLIO TITULAR:		NOMBRE DEL TITULAR:			
MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:					
9101 ENTREGADO	9102 ENTREGADO	9103 NO ACEPTO	9104 DEFUNCIÓN DEL INTEGRANTE	9105 FAMILIA NO LOCALIZADA	9106 INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA
9107 ENTREGADO	9108 DOCUMENTO	9109 BAJA	9110 FAMILIA	9111 INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	9112 CURSA NIVEL EDUCATIVO SUPERIOR
9113 ENTREGADO	9114 DOCUMENTO	9115 BAJA	9116 FAMILIA	9117 INTEGRANTE YA NO ESTUDIA	9118 CURSA NIVEL EDUCATIVO SUPERIOR
CUPO			CUPO		
_____ NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN ENTREGA			_____ NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIÉN RECIBE (TITULAR)		

Oportunidades

Folia Oportunidades:

Estado:
Municipio:
Localidad:
Colonia:
ACER:

tiempo de
incorporación:

S

MÉXICO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SUBSECRETARÍA DE FISCALÍA
DIRECCIÓN GENERAL DE IMPUESTOS EXTERNOS

El formato S1 deberá conservarse en el expediente de la familia beneficiaria y llenarse de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. Anote en la columna (C), el día programado para la cita médica de cada integrante de la familia.
2. En la columna (A), anote "SI" si el integrante asistió a la cita médica programada, y "NO", si no asistió.
3. En la columna (B), anote "SI" si todos los integrantes que están programados asistieron a la cita médica; y "NO", si alguno de los integrantes no asistió.
4. En la línea CUMPLIÓ CON LAS CITAS MÉDICAS, anote "SI" si todos los integrantes que están programados asistieron a la cita médica; y "NO", si alguno de los integrantes no asistió.
5. En la línea ¿DIA Y NUMERO DE TALLER PROGRAMADO POR EL PERSONAL DE SALUD A LA TITULAR O ALGUN INTEGRANTE DE LA FAMILIA ASISTió, y "NO", si ninguno asistió.
6. En la línea ASISTió AL TALLER COMUNITARIO (DÍA Y NUMERO DE TALLER), anote el "Día y número de taller" programado por el personal de salud a la titular o algún integrante de la familia asistió, y "NO", si ninguno asistió.
7. En la línea ASISTió AL TALLER COMUNITARIO OTORGADO POR LA AUXILIAR DE SALUD O ASISTENTE RUMAL, anote el "Día y número del taller" programado por la auxiliar de salud a la titular o algún integrante de la familia asistió, y "NO", si ninguno asistió.
8. En la línea NUMERO DE FOLIO DEL INTEGRANTE QUE ASISTió AL TALLER COMUNITARIO, anote el número de folio del integrante que asistió al taller comunitario.
9. En las OBSERVACIONES, anote si algún integrante de la familia dejó de asistir a la Unidad de Salud por fallecimiento, porque ya no vive con la familia o porque se fue de la localidad y canceló su registro.
10. En los espacios en blanco de la columna integrantes de la familia, sólo puede anotar a los menores hijos de las mujeres que aparecen en este formato y en la columna OBSERVACIONES, anote el parentesco con la titular beneficiaria.

[illegible]

Oportunidades

CONSTANCIA DE REGISTRO A LA UNIDAD DE SALUD

Fecha de registro en la unidad de Salud (dd/mm/aa):

CRUS

1. Llene el formato, desprenda y entregue a la titular beneficiaria.
2. Indique a la titular que debe entregar el formato CUBS lleno al personal de Oportunidades en la fecha que le fue indicada.
3. En caso de haber errores en el nombre de la titular o en el número de integrantes, andeelo correctamente en los recuadros punteados.

Estado	
Municipio	
Localidad	
Colonia	
AGEP	

False Opportunities:

Nombre de la Titular:

Bimestre de incorporación

Nombre de la Unidad de Salud

Institución: ☐ SSA ☐ IMSS Oportunidades Urbano ☐ IMSS Oportunidades Rural ☐ ISSSTE ☐ Otro (Especifique):

Jurisdicción Sanitaria o Región

Ubicación de la Unidad de Salud

Estado:

²Nota: Os integrantes:

(CLUES): _____

Abstract

Localidad

Nombre y Firma del Médico

Nombre de la Titular:

NOMBRE, FIRMA DE
QUIEN RECIBE

ACÚSE DE ENTREGA SI CRUS

CLINQ

[illegible]

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 los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI.