

CUARTA SECCION

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia para el ejercicio fiscal 2016.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Desarrollo Social.

JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA, Secretario de Desarrollo Social, con fundamento en los artículos 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 1, 4 y 5 del Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Social, y

CONSIDERANDO

Que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone que la Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos, podrá señalar los programas, a través de los cuales se otorguen subsidios, que deberán sujetarse a reglas de operación con el objeto de asegurar que la aplicación de los recursos públicos se realice con eficiencia, eficacia, economía, honradez y transparencia. Asimismo, se señalarán en el Presupuesto de Egresos los criterios generales a los cuales se sujetarán las reglas de operación de los programas.

Que los programas de subsidios del Ramo Administrativo 20, "Desarrollo Social", entre ellos, el Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, se destinarán, en las entidades federativas, en los términos de las disposiciones aplicables, exclusivamente a la población en condiciones de pobreza, de vulnerabilidad, rezago y de marginación, de acuerdo con los criterios de resultados que defina el Consejo Nacional de Población y a las evaluaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en los programas que resulte aplicable y la Declaratoria de Zonas de Atención Prioritaria formulada por la Cámara de Diputados, mediante acciones que promuevan la superación de la pobreza a través de la educación, la salud, la alimentación, la generación de empleo e ingreso, autoempleo y capacitación; protección social y programas asistenciales; y el fomento del sector social de la economía; conforme lo establece el artículo 14 de la Ley General de Desarrollo Social, y tomando en consideración los criterios que propongan las entidades federativas.

Que en este marco, las dependencias serán responsables de emitir las reglas de operación de los programas que inicien su operación en el ejercicio fiscal siguiente o, en su caso, las modificaciones a aquellas que continúen vigentes, previa autorización presupuestaria de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y dictamen de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Que las dependencias, las entidades a través de sus respectivas dependencias coordinadoras de sector o, en su caso, las entidades no coordinadas, publicarán en el Diario Oficial de la Federación las reglas de operación de programas nuevos, así como las modificaciones a las reglas de programas vigentes, a más tardar el 31 de diciembre anterior al ejercicio y, en su caso, deberán inscribir o modificar la información que corresponda en el Registro Federal de Trámites y Servicios, de conformidad con el Título Tercero A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Que el Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de enero de 2013, dispone que los Programas del Gobierno Federal podrán apoyar en la instrumentación de la Cruzada contra el Hambre, la cual es una estrategia de inclusión y bienestar social, implementada a partir de un proceso participativo de amplio alcance cuyo propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales, para el cumplimiento de los objetivos consistentes en cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación; eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez; aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas; minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización y promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.

Que esta Secretaría recibió el oficio número 312.A.-004160 de fecha 3 de diciembre de 2015, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por el que emitió la autorización presupuestaria correspondiente a las reglas de operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia; asimismo, recibió con fecha 18 de diciembre de 2015, el oficio número COFEME/15/4569 de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria por el que se emitió el dictamen respectivo, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016

ÚNICO: Se emiten las reglas de operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, para el ejercicio fiscal 2016.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el 1° de enero de 2016.

SEGUNDO.- Se aboga el Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, para el ejercicio fiscal 2015, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2014.

TERCERO.- El incremento en el monto de los apoyos establecido en las presentes reglas de operación se llevará a cabo de acuerdo a la suficiencia presupuestal y con los recursos aprobados para el Programa por la H. Cámara de Diputados para el ejercicio fiscal 2016.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 22 días del mes de diciembre de dos mil quince.- El Secretario de Desarrollo Social, **José Antonio Meade Kuribreña.**- Rúbrica.

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016

1. Introducción

La pobreza no es una condición estática, sino que puede variar a lo largo del tiempo. Esto es, la condición de pobreza de las personas puede depender de eventos que las hagan caer en esta situación, volverla más severa, o en su caso, ayudarlas a superarla. En este sentido, la vulnerabilidad de las personas ante la pobreza se puede expresar como el alto riesgo de que un individuo o grupo enfrente cualquiera de los siguientes escenarios: ingrese a un estado de pobreza, su condición de pobreza sea más severa o que su condición de pobreza se haga crónica o de largo plazo.

Esta vulnerabilidad se agrava en personas que por sus condiciones socioeconómicas están expuestas a ciertos riesgos que pueden hacer que caigan o empeoren su situación de pobreza. Entre estos riesgos, se encuentran la pérdida de los activos productivos que permiten a las personas generar ingresos para satisfacer sus necesidades básicas (como la pérdida del empleo o la pérdida de la jefa de familia); la ausencia de redes de protección social o falta de acceso a la seguridad social (no tener acceso a servicios de salud, por ejemplo); o el escaso desarrollo en capacidades básicas como salud y alimentación.

En México, los riesgos mencionados anteriormente se agravan en hogares con jefatura femenina, ya que al ser el único sustento familiar y al carecer de seguridad social, en caso de pérdida de la madre, sus hijos e hijas podrían ver disminuida su capacidad de satisfacer sus necesidades básicas en alimentación y salud. Ante esta situación se verán en necesidad de generar ingreso y por lo general las personas en situación de orfandad frecuentemente deciden abandonar sus estudios y buscar empleo (trabajo infantil y adolescente). Además, ante el deceso de la Jefa de familia puede ocurrir una grave desintegración familiar, lo cual repercute en el desarrollo de conductas antisociales de los huérfanos.

El Programa contribuye a disminuir la situación de pobreza, vulnerabilidad por carencias sociales o vulnerabilidad por ingreso de los hogares con jefatura femenina, al permitir a las jefas de familia tener acceso a la seguridad social, para que en caso de fallecer, sus hijos continúen estudiando.

Para dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que en la Meta Nacional "México Incluyente", contempla en su objetivo 2.4 la Ampliación del acceso a la Seguridad Social y en su estrategia 2.4.1 Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales, el Gobierno Federal ha decidido implementar el Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, el cual contribuye a disminuir la vulnerabilidad de estos hogares ante el posible fallecimiento de la madre, fomentando la protección social de hijas e hijos en estado de orfandad. Asimismo, este Programa contribuye a la consolidación de un sistema de seguridad social universal, que es característica de un México incluyente.

En cuanto a las prioridades sectoriales, este programa se alinea al Objetivo 3 del Programa Sectorial de Desarrollo Social, el cual tiene como propósito dotar de esquemas de seguridad social que protejan el

bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza, así como a la Estrategia 3.2, que busca asegurar a madres jefas de familia en condición de pobreza, vulnerabilidad por carencias sociales o vulnerabilidad por ingreso para que en caso de su muerte, sus hijos e hijas puedan continuar con sus estudios.

En el Anexo 1 se presenta un glosario con los conceptos y siglas utilizados frecuentemente en las presentes Reglas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Contribuir a dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza, mediante la incorporación de jefas de familia en condición de pobreza, vulnerabilidad por carencias sociales o vulnerabilidad por ingresos a un seguro de vida.

2.2 Objetivo Específico

Asegurar a las jefas de familia en condición de pobreza, vulnerabilidad por carencias sociales o vulnerabilidad por ingreso, de modo que en caso de que fallezcan se incentive la permanencia de sus hijas e hijos de hasta 23 años de edad (un día antes de cumplir 24 años) en el sistema escolar.

3. Lineamientos

3.1 Cobertura

El Programa tiene cobertura nacional.

3.1.1 Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos y prioridades nacionales, el Programa, dentro del ámbito de sus atribuciones y de acuerdo a lo establecido en las presentes reglas de operación, deberá identificar e implementar acciones que contribuyan al logro de los objetivos de la Cruzada contra el Hambre. Dichas acciones priorizarán la atención a las personas que se encuentren en situación de pobreza extrema de alimentación, evaluados e identificados a partir de la información socioeconómica integrada al Sistema de Focalización de Desarrollo, SIFODE. Lo anterior, con base en los Lineamientos de Integración, Uso y Compartición de Información Socioeconómica del SIFODE, disponibles en la dirección: http://normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/1_Menu_Principal/2_Normas/2_Sust_antisvas/Lineamientos_SIFODE.pdf.

Asimismo, cuando aplique, para las acciones de servicios básicos e infraestructura social básica se atenderá a las personas que habitan en las Zonas de Atención Prioritaria urbanas y rurales vigentes disponibles en la dirección electrónica: <http://sisge.sedesol.gob.mx/SISGE/>.

Para implementar dichas acciones, el Programa podrá realizar los ajustes necesarios en su planeación y operación, así como emitir convocatorias específicas o regionales para atender proyectos surgidos en el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre, estableciendo los acuerdos, la coordinación y vinculación interinstitucional correspondientes, sin menoscabo de lo establecido en las presentes Reglas de Operación y de las metas establecidas, en función de la capacidad operativa y disponibilidad presupuestal. La Unidad Responsable del Programa deberá informar sobre las acciones, presupuesto y avances en las metas e indicadores de las acciones que se desarrollen para dar cumplimiento a los objetivos de la Cruzada.

3.1.2 Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia

En cumplimiento a los objetivos para prevenir la violencia y la delincuencia, el Programa podrá implementar acciones dedicadas a ese fin, las cuales atenderán a los hogares y sus integrantes que se encuentran en los polígonos ubicados en los municipios de atención de la Política Pública para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

Dichas acciones podrán realizarse en coordinación con otras dependencias y entidades, así como con otros órdenes de gobierno, y se llevarán a cabo de acuerdo a lo establecido en las presentes Reglas de Operación y en función de la capacidad operativa y presupuestal del Programa.

3.2 Población Objetivo

Jefas de familia que se encuentran en situación de pobreza, en situación de vulnerabilidad por carencias sociales o en situación de vulnerabilidad por ingresos.

3.2.1 Población Atendida

Jefas de familia que cuentan con pre registro al programa, que se encuentran en situación de pobreza, en situación de vulnerabilidad social o en situación de vulnerabilidad por ingresos.

3.2.2 Población Beneficiaria del Seguro

Niñas, niños, adolescentes y jóvenes de hasta 23 años de edad, en condición de orfandad materna y que se encuentren cursando estudios en el sistema educativo nacional, así como niñas y niños recién nacidos y hasta 5 años de edad, cuya jefa de familia se encontraba bajo el esquema de aseguramiento del Programa.

3.3 Criterios y Requisitos de Elegibilidad

3.3.1 Criterios y Requisitos para el Pre registro

Para el pre registro al Programa, se deberá cumplir con los siguientes criterios y requisitos:

Criterios	Requisitos
a) Para Jefas de Familia	
<p>1. Ser jefa de familia en situación de pobreza, en situación de vulnerabilidad por carencias sociales social o en situación de vulnerabilidad por ingresos y estar interesada en recibir los apoyos del Programa.</p>	<p>1. Acudir a la mesa de atención más cercana a su domicilio, sin importar la entidad federativa en que sea residente la jefa de familia, llenar y entregar en original y copia la solicitud del pre registro al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia (Anexo 2), en las mesas de atención que para tal efecto se establezcan.</p> <p>Presentar original para compulsar de alguna de las siguientes identificaciones: credencial para votar (vigente), cédula profesional, pasaporte (vigente), forma migratoria, cédula de identidad ciudadana o cédula de identidad personal.</p> <p>El promotor de la mesa de atención sellará el original, asignará número de folio a la solicitud, mismo que devolverá a la Jefa de Familia y se quedará con la copia para inscripción.</p> <p>Con la intención de facilitar que las jefas de familia en situación de pobreza, de vulnerabilidad por carencias sociales o en situación de vulnerabilidad por ingresos, se afilien al Programa, sin que tengan que acudir a las ventanillas de atención, se ha puesto en operación un formulario web para la captura del pre registro, que se encuentra disponible en el portal www.gob.mx, que forma parte de la operación de la Ventanilla Única para los Trámites y Servicios del Gobierno de la Estrategia Digital Nacional. Para llenar dicha solicitud, deberá contar con su CURP e incorporar mediante un archivo digital una identificación oficial, que servirá de autenticación y compulsar mediante la confronta con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO). Una vez revisado, evaluado y dado el visto bueno del formato por parte del responsable del programa en cada entidad federativa, se enviará a la jefa de familia por correo electrónico el acuse de afiliación al programa.</p> <p>Esta solicitud de pre registro no constituye la obligación para la incorporación al Programa, sino hasta que se cumplan los requisitos establecidos en las reglas de operación que se encuentren vigentes, al presentarse la condición de orfandad materna.</p>

Se garantizará que todas las Jefas de Familia de PROSPERA Programa de Inclusión Social tengan acceso al Seguro de Vida.

3.3.2 Criterios y Requisitos para el Registro

En los casos en donde haya acontecido el fallecimiento de la jefa de familia, para tener acceso a los apoyos que otorga el Programa, se deberá cumplir con los siguientes criterios y requisitos:

Criterios	Requisitos
a) Para Personas Responsables de hijos en estado de orfandad materna menores de 18 años de edad.	

<p>1. Haber sido designado por la Jefa de Familia como Persona Responsable de los hijos en el formato de pre registro o tener la custodia legal de los hijos en orfandad materna.</p>	<p>1a. Entregar una copia legible y original para compulsas de alguno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial para votar, • Cédula Profesional, • Pasaporte, • Cartilla del Servicio Militar • Forma Migratoria, • Cédula de Identidad Ciudadana o Cédula de Identidad Personal. • Para el caso de localidades menores a 10,000 habitantes, constancia de Identidad expedida por la Autoridad Local. <p>1b. Entregar una copia legible y presentar en original para compulsas del acta o certificado de defunción de la jefa de familia. En casos especiales, plenamente justificados, se podrá presentar algún documento alternativo, como la presunción de muerte, emitida por juez competente y conforme a la legislación vigente aplicable, la cual será sometida a opinión del Comité.</p> <p>1c. Entregar una copia legible y presentar en original para compulsas del acta de nacimiento de cada una(o) de las(os) niñas(os) de hasta 17 años de edad que quedaron en situación de orfandad.</p> <p>1d. Entregar copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP), tanto de la persona solicitante, como de cada persona beneficiada de hasta 17 años para los que se solicita el apoyo.</p> <p>1e. En el caso de los hijos en estado de orfandad con alguna discapacidad, se deberá entregar copia legible y presentar original para compulsas, del certificado médico expedido por instituciones de salud del gobierno federal, estatal o municipal en el que se especifique el tipo de discapacidad que tenga el hijo.</p> <p>1f. Acreditar, de forma física o en formato digital, que la jefa de familia cuenta con la solicitud de pre registro.</p> <p>1g. Entregar copia y presentar original para cotejo de alguno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibo de pago de energía eléctrica, agua, teléfono, impuesto predial. • En localidades de hasta 10,000 habitantes, se podrá presentar constancia expedida por la autoridad local competente. • En caso de que el domicilio de los hijos en estado de orfandad materna no corresponda a aquel donde reside la Persona Responsable, ésta deberá presentar original para cotejo y entregar copia de su comprobante de domicilio o constancia domiciliaria.
---	---

<p>2. Que al momento de solicitar el apoyo haya fallecido la jefa de familia.</p>	<p>2. Proporcionar al personal de la Secretaría, o terceras personas que ésta determine de manera oficial, la información que se les requiera para el llenado del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (Anexo 4) y firmar bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada, tanto de manera verbal como documental, es fidedigna, además de sujetarse a posibles verificaciones posteriores sobre los datos proporcionados.</p>
---	---

b) Hijos e hijas en estado de orfandad materna de 18 años y hasta 23 años de edad.

<p>1. Estar en estado de orfandad materna.</p>	<p>1a. Entregar una copia legible y presentar original para compulsas de</p>
--	---

	<p>alguno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial para votar, • Pasaporte, • Cartilla del Servicio Militar • Forma Migratoria, • Cédula de Identidad Ciudadana o Cédula de Identidad Personal. <p>1b. Entregar una copia legible y presentar en original para compulsar del acta o certificado de defunción de la jefa de familia. En casos especiales, plenamente justificados, se podrá presentar algún documento alternativo, como la presunción de muerte, emitida por juez competente y conforme a la legislación vigente aplicable, la cual será sometida a opinión del Comité.</p> <p>1c. Entregar una copia y presentar en original para compulsar del acta de nacimiento.</p> <p>1d. Entregar copia legible de Clave Única de Registro de Población (CURP).</p> <p>1e. Acreditar, de forma física o en formato digital, que la jefa de familia cuenta con la solicitud de pre registro.</p> <p>1f. Entregar, como comprobante de domicilio, copia y presentar original para cotejo de alguno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibo de pago de energía eléctrica, agua, teléfono o del impuesto predial. • En localidades de hasta 10,000 habitantes, se podrá presentar constancia expedida por la autoridad local competente. <p>1g. Proporcionar al personal de la Secretaría, o terceras personas que ésta determine de manera oficial, la información que se les requiera para el llenado del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS, Anexo 4) y firmar bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada, tanto de manera verbal como documental, es fidedigna, así como sujetarse a posibles verificaciones posteriores de los datos proporcionados.</p> <p>Para el caso de jóvenes en orfandad que sean beneficiarios del Programa, al cumplir 18 años, si ellos así lo deciden, podrán actualizar su registro ante Sedesol, a fin de que el apoyo se les asigne de manera directa y no a través de la persona responsable, llenando nuevamente los anexos de Incorporación y Aceptación.</p>
--	---

c) Hijos e hijas en estado de orfandad materna de 6 y hasta 23 años de edad.	
<p>1. Estar inscrito en el sistema educativo nacional.</p>	<p>1. Entregar constancia de estudios vigente en la fecha de solicitud con sello oficial de la escuela y firma de quien lo expide. Cuando aplique retroactividad en el pago se deberá presentar la documentación que acredite que estuvo cursando estudios en el sistema educativo nacional, en el período que corresponda.</p>

3.4 Criterios de Selección

Se otorgarán los apoyos del Programa a quienes cumplan con los criterios y requisitos de elegibilidad establecidos en estas Reglas de Operación y de acuerdo con la disponibilidad de los recursos con que cuente el fideicomiso. Tendrán prioridad de atención los hogares con las siguientes características:

- a) Se dará prioridad a los hogares que cuenten con la participación de integrantes del padrón de beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para su atención por parte del Programa.
- b) Que se encuentren en condición de pobreza multidimensional extrema, la cual se verificará con la información proporcionada para el CUIS.
- c) Los apoyos del programa se darán sólo en el caso de que el fallecimiento de la jefa de familia haya ocurrido durante la vigencia del programa (a partir del 1 de marzo de 2013), debiendo cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 3.3.2. Criterios y Requisitos para el Registro, en cuyo caso se podrán solicitar los beneficios del Programa, debiendo cubrirse los demás requisitos de elegibilidad señalados por las presentes reglas de operación.

3.4.1 Casos Especiales

- a) En caso de que la Jefa de Familia no sea la madre, deberá mostrar documentación que acredite que ostenta la responsabilidad del cuidado de los niños, niñas y jóvenes, expedido por la Procuraduría de la Defensa del Menor y/o del DIF, o bien por otra autoridad competente.
- b) Para las hijas o hijos con discapacidad que queden en estado de orfandad materna y que cuenten con capacidades cognitivas y de motricidad que les permita asistir a un sistema escolarizado o no escolarizado, deberán acreditar su permanencia en la escuela para cumplir con la corresponsabilidad que solicita el Programa. Sin embargo, se les exentará de dicho requisito a quienes muestren constancia médica, expedida por autoridad competente, que acredite que sus condiciones físicas y/o cognitivas no les permiten su incorporación y permanencia en el sistema escolarizado o no escolarizado. Para los niños, niñas y jóvenes con discapacidad los montos de los apoyos se asignarán conforme a la edad de los alumnos regulares que cursan los distintos niveles educativos (ejemplo primaria, de 6 a 12 años de edad, etc.). En casos o situaciones diferentes a lo señalado, se someterán a la consideración del Comité Técnico del Programa, para su análisis y dictamen.
- c) Para las hijas e hijos de hasta cinco años de edad, el apoyo monetario procederá sin que sea obligatorio presentar comprobante de estudios. A partir de los seis años, el apoyo procederá siempre y cuando se esté cursando cualquiera de los niveles educativos señalados. Como constancias de estudios serán válidas las impresiones de consulta del portal de la SEP, para los niveles de pre escolar (en su caso), primaria y secundaria, así como las constancias y documentos, individual o colectivos, emitidos por cualquier autoridad educativa. Asimismo, se podrán aceptar las boletas de calificaciones siempre y cuando contengan el sello de la escuela y correspondan al bimestre recién concluido.

3.5 Tipos y Montos de Apoyo

El Programa otorga un apoyo monetario directo mensual, que se entregará a las personas beneficiarias de manera bimestral, de acuerdo a la siguiente tabla:

Nivel Educativo	Monto Mensual
De recién nacido hasta preescolar	\$330.00
Primaria	\$550.00
Secundaria	\$770.00
Media superior	\$990.00
Superior	\$1,100.00 y hasta \$2,040.00 en los casos de excepción que determine el Comité Técnico.

Los apoyos se otorgarán a los hijos e hijas que hayan quedado en estado de orfandad a partir de la entrada en vigor del presente Programa (1° de marzo de 2013) y se otorgarán con retroactividad al día posterior de la fecha de fallecimiento de la jefa de familia.

3.6 Derechos, Obligaciones, Corresponsabilidades y Suspensión de los Apoyos

3.6.1. Derechos

Las personas beneficiarias del Programa tienen derecho a:

- a) Recibir un trato digno, respetuoso, oportuno, con calidad y equitativo, sin discriminación alguna
- b) Solicitar y recibir gratuitamente información clara, sencilla y oportuna acerca de la operación del Programa
- c) Recibir oportuna y gratuitamente el apoyo económico que otorga el Programa. En caso de que la persona beneficiaria sea menor de edad o no pueda acudir personalmente por imposibilidad física, enfermedad o discapacidad, la Persona Responsable podrá recibir el apoyo económico. Los apoyos económicos serán entregados de acuerdo a la siguiente tabla:

Calendario de pago		
Bimestre	Meses	Entrega del apoyo económico
1	Enero y Febrero	Marzo y Abril
2	Marzo y Abril	Mayo y Junio
3	Mayo y Junio	Julio y Agosto
4	Julio y Agosto	Septiembre y Octubre
5	Septiembre y Octubre	Noviembre y Diciembre
6	Noviembre y Diciembre	Enero y Febrero

- d) Recibir atención oportuna a sus solicitudes, quejas y sugerencias
- e) La reserva y privacidad de su información personal

3.6.2. Obligaciones

Las personas beneficiarias, por sí mismas o a través de las Personas Responsables, deben cumplir con las siguientes obligaciones:

- a) Proporcionar, bajo protesta de decir verdad, la información que les sea requerida de acuerdo a estas Reglas y sus anexos.
- b) Actualizar sus datos cuando se le convoque, con al menos 15 días de anticipación, por la URP. En caso de que la persona beneficiaria sea menor de edad, deberá presentarse en compañía de la Persona Responsable.
- c) No hacer uso indebido de los apoyos económicos que otorga el Programa.
- d) Destinar los apoyos monetarios para incentivar su asistencia y permanencia en el sistema educativo. En caso de que la persona beneficiaria sea menor de edad, la Persona Responsable deberá hacer buen uso del apoyo económico, asegurando que dicho apoyo sea usado para que el menor de edad continúe sus estudios.
- e) Las personas beneficiarias en edad escolar deberán estar inscritos en escuelas de educación básica, media superior o superior, si presenta alguna discapacidad podrá encontrarse en el sistema nacional, en escuelas especiales o recibir enseñanza particular, asistir y permanecer en el sistema escolar con el fin de concluir sus estudios.
- f) La Persona Responsable de las personas beneficiarias menores de edad, deberá apoyarlos para su inscripción, asistencia regular a clases y su permanencia en el sistema escolar.
- g) Asimismo, la persona responsable que tenga a su cargo beneficiarios menores de 6 años deberán presentarlos, a solicitud del responsable de la coordinación estatal, cuando menos una vez al año a algún evento del Programa, con la finalidad de constatar la supervivencia del menor y de que sigue viviendo con la Persona Responsable. La identificación se hará mediante la presentación del acta de nacimiento del menor.

3.6.3 Corresponsabilidades

El cumplimiento de las corresponsabilidades de las Personas Responsables y las personas beneficiarias es esencial para el logro de los objetivos del Programa y es requisito para que reciban los apoyos económicos que éste otorga:

Las personas beneficiarias en edad escolar, para que puedan mantener el apoyo del Programa deberán permanecer inscritos en el sistema escolar, por lo que deberán entregar de manera directa o a través de la Persona Responsable, constancia de estudios con sello oficial y firma del responsable de expedirla de la escuela que acredite su inscripción o avance educativo; también se considerarán válidas constancias colectivas emitidas por las autoridades educativas estatales o competentes. Las constancias deberán ser entregadas de acuerdo con la siguiente tabla:

Nivel	Periodo	Periodicidad	Mes
Primaria	Anual	1 vez al año	Septiembre
Secundaria	Anual	1 vez al año	Septiembre
Bachillerato y Superior	Trimestre	4 veces al año	Durante el periodo
	Cuatrimestre	3 veces al año	
	Semestre	2 veces al año	
	Cada 10 meses	1 vez al año	
Sistema abierto y Educación para adultos		Cada 2 meses	

El apoyo bimestral que se brinde a las modalidades de Sistema Abierto y Educación para Adultos, estará condicionado a los meses en que el beneficiario presente y apruebe sus exámenes correspondientes.

En caso de que la delegación correspondiente detecte que falta algún dato en el documento, se lo informará inmediatamente y deberán solventar dicha información en un plazo máximo de 5 días hábiles.

Las Personas Responsables deberán presentarse a comprobar el bienestar del o de la menor ante los Procuradores de la Defensa del Menor cuando se les requiera por la URP o las propias procuradurías estatales. El requerimiento podrá hacerse por escrito o por el medio que determinen las procuradurías de la defensa del menor estatales o la URP.

3.6.4. Suspensión de los Apoyos

Los apoyos monetarios se podrán suspender por tiempo indefinido o definitivamente. Las familias beneficiarias a las cuales se les suspendan los apoyos por tiempo indefinido, causarán baja del Padrón de Beneficiarios y serán notificadas de esta situación, así como, del motivo de la suspensión por el personal del Programa. En el caso de la suspensión por tiempo indefinido, las personas beneficiarias podrán solicitar su reactivación o reincorporación cuando ésta proceda, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4.2.7 de estas Reglas. Las personas beneficiarias con suspensión definitiva de los apoyos también causarán baja definitiva del Padrón de Beneficiarios, pero en este caso no podrán reincorporarse al Programa.

En los casos de suspensión definitiva de apoyos derivada de los incisos señalados en el numeral 3.6.4.2., la URP tomará medidas que faciliten el ejercicio del derecho de audiencia aplicando en lo conducente los términos y disposiciones de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

3.6.4.1. Suspensión por Tiempo Indefinido

Se suspenderán los apoyos por tiempo indefinido en los siguientes casos:

- Quando las personas beneficiarias o la Persona Responsable, no acudan personalmente a recibir el apoyo en dos ocasiones consecutivas, sin causa justificada. En caso de que el apoyo económico se deposite vía transferencia bancaria, se procederá si la persona beneficiaria no realiza ningún movimiento en su cuenta durante dos o más bimestres consecutivos, de acuerdo a la fecha en que la institución fiduciaria reporte esta información a la URP, en los términos de la Ley de Instituciones de Crédito.
- No presentar la constancia de estudios que acredite la inscripción o avance educativo en los periodos establecidos.
- No presentarse a comprobar el bienestar del o de la menor ante la Procuraduría de la Defensa del Menor cuando se le convoque con anticipación por la URP.

- d) Cuando la Persona Responsable de las personas beneficiarias sea objeto de un procedimiento relacionado con la identidad de éstos, que requiera revisión por parte de una autoridad judicial o civil.
- e) En caso de que la persona responsable que tenga a su cargo beneficiarios menores de 6 años no se presenten cuando menos una vez al año a algún evento del programa.

3.6.4.2. Suspensión Definitiva de los Apoyos Monetarios

Los apoyos se suspenderán definitivamente por las siguientes causas:

- a) Por defunción de las personas beneficiarias.
- b) Cuando la URP identifique que el solicitante proporcionó información o documentos falsos, alterados o apócrifos para intentar recibir los apoyos monetarios del Programa.
- c) La persona beneficiaria o la Persona Responsable utilicen el nombre del Programa con fines electorales, políticos, de proselitismo religioso o de lucro.
- d) Cuando el beneficiario, por cuenta propia o a través de la Persona Responsable, si es el caso, renuncie al Programa.
- e) Cuando la persona beneficiaria cumpla 24 años de edad, para lo cual la entrega del apoyo económico se realizará hasta un día antes de su cumpleaños, en la parte proporcional en días del mes que le corresponda.

En los casos de suspensión definitiva de apoyos, la URP tomará medidas que faciliten el ejercicio del derecho de audiencia aplicando en lo conducente los términos y disposiciones de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

3.7 Instancias Participantes

3.7.1 Instancia Ejecutora

La instancia ejecutora de este Programa será la Secretaría, a través de la URP y las Delegaciones. En casos específicos o cuando se requiera, podrán participar las Procuradurías de la Defensa del Menor en los estados.

3.7.2 Instancia Normativa

El Comité Técnico del Programa es el máximo órgano rector del mismo, encargado de establecer las líneas de intervención mediante las cuales éste contribuye al logro de los objetivos nacionales en materia de atención a los niños en orfandad materna.

El Comité se integrará por:

- a) Una (un) presidente, quien será la (el) Subsecretaria (o) de Desarrollo Social y Humano;
- b) Una (un) secretaria (o), quien será la (el) titular de la URP;
- c) Cuatro vocales, quienes serán los titulares de:
 - La Unidad de Coordinación de Delegaciones.
 - La Dirección General de Geoestadística y Padrones de Beneficiarios.
 - La Dirección General de Seguimiento.
 - La Dirección General de Análisis y Prospectiva.
- d) Un Secretario de Actas
- e) El Titular del Órgano Interno de Control, que fungirá como invitado.

Cada una (o) de las (los) integrantes nombrará una(o) suplente permanente y mediante oficio por sesión, en caso de que éste cambie.

El cargo otorgado dentro del Comité será honorífico.

Las (os) integrantes tendrán voz y voto, con excepción de la (del) representante del Órgano Interno de Control y la (el) Secretaria (o), quienes sólo tendrán voz.

El Comité sesionará trimestralmente en forma ordinaria y lo hará de manera extraordinaria cuando sea necesario.

La (el) Secretaria (o) expedirá la convocatoria por acuerdo del presidente, con 72 horas de anticipación como mínimo para sesión ordinaria, y con 24 horas de anticipación, para sesión extraordinaria.

Previa aprobación de los miembros del Comité, la (el) Secretaria (o), podrá invitar a las sesiones a servidores públicos, académicos o miembros de la sociedad civil en general, cuya intervención se considere necesaria para enriquecer aspectos técnicos, administrativos o de cualquier otra índole.

Se levantará un acta de todas y cada una de las sesiones, registrando cada uno de los acuerdos tomados, y previa aprobación, deberá ser firmada por todos los integrantes del comité, antes de la sesión siguiente.

3.7.2.1 Atribuciones

Serán atribuciones del Comité:

- a) A efecto de garantizar de manera plena el ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, procurando su máximo bienestar posible y privilegiando el principio rector del interés superior de la niñez consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, podrá determinar los criterios de admisión al programa. Se entenderá por casos especiales aquellos en los que los solicitantes no cumplan con alguno de los requisitos del Programa, pero requieran del apoyo para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad. Es atribución exclusiva del Comité aprobar su incorporación. Quedarán asentados en el Acta de la sesión correspondiente, los criterios que determinaron la admisión de los casos especiales.
- b) Determinar la inclusión de nuevos beneficiarios en sustitución de las posibles bajas que se presenten durante la ejecución del Programa y sean autorizadas por el mismo.
- c) A propuesta del Presidente o del Secretario, establecer y desarrollar los mecanismos de seguimiento de la operación del Programa, en sus fases de convocatoria, registro, validación, integración y actualización del padrón de personas beneficiarias, así como el cumplimiento de los objetivos del mismo.
- d) Emitir y modificar sus lineamientos internos.
- e) Emitir las recomendaciones que estime convenientes sobre los informes periódicos que la URP le proporcione sobre el destino y uso de los recursos depositados en el fideicomiso encargado de administrarlos.
- f) Determinar el monto de apoyo a los beneficiarios que se encuentren estudiando en nivel Superior; para lo cual se considerará la condición socioeconómica, casos de discapacidad, el promedio de calificaciones, la relación entre el grado cursado y la edad cronológica del beneficiario u otros que el Comité considere, mismos que quedarán asentados en el Acta de la sesión correspondiente.
- g) Resolver los casos no previstos en las presentes reglas.

3.7.3 Coordinación Interinstitucional

El Comité establecerá la coordinación necesaria para garantizar que las acciones del programa no se contrapongan, afecten o presenten duplicidades con otros programas o acciones del gobierno federal; la coordinación interinstitucional y vinculación de acciones busca potenciar el impacto de los recursos, fortalecer la cobertura de las acciones, detonar la complementariedad y reducir gastos administrativos. Con este mismo propósito, podrá establecer acciones de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, las cuales tendrán que darse en el marco de las disposiciones de las presentes Reglas y de la normatividad aplicable.

Del mismo modo, se podrán implementar acciones que contribuyan a la prevención social de la violencia y la delincuencia, cumpliendo con lo establecido en las presentes reglas de operación.

4. Mecánica Operativa

4.1 Ejercicio y Aprovechamiento de Recursos

Los recursos del Programa serán administrados por un fideicomiso público irrevocable y sin estructura, cuya finalidad será fungir exclusivamente como mecanismo financiero para el pago de los apoyos a los

beneficiarios, conforme a lo dispuesto en las Reglas de Operación y lo establecido en el Contrato de Fideicomiso.

Los recursos presupuestales que sean autorizados al Programa por la Cámara de Diputados serán transferidos en su totalidad al fideicomiso durante el transcurso del primer trimestre del año, salvo el porcentaje para gastos de operación establecido en el numeral 4.3 de las presentes reglas. El fideicomiso deberá rendir informes periódicos al Comité respecto del destino de los recursos, conforme lo establezca el contrato del fideicomiso, y en su caso, dicho órgano colegiado emitirá las recomendaciones que estime convenientes.

Para lograr un mejor nivel de ejercicio y aprovechamiento de los recursos, la URP realizará una calendarización eficiente y preverá que las aportaciones se realicen y ejerzan de manera oportuna en apego a la normatividad aplicable. Los recursos no erogados al cierre del ejercicio se mantendrán en el patrimonio del fideicomiso, conforme lo establece el Decreto de fecha 30 de septiembre de 2013.

4.2 Proceso de Operación

Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes de hasta 23 años de edad, un día antes de cumplir los 24 años, que hayan sufrido la pérdida de su madre, entregarán en las mesas de atención la documentación requerida según lo que establece 3.3.2 de las presentes Reglas de Operación para incorporarse como personas beneficiarias del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia. Para las personas de hasta 17 años de edad, deberá ser la Persona Responsable quien presente la documentación en las Mesas de Atención.

Si la persona solicitante cumple con los criterios y requisitos de elegibilidad, el promotor de la Mesa de Atención integrará la documentación y procederá al llenado del CUIS con la información que le proporcione el informante.

La instancia ejecutora debe realizar las actividades relacionadas con la operación, administración y ejecución de los recursos, de acuerdo con lo establecido por la Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano, en el sitio electrónico:

http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/1_Menu_Principal/2_Normas/2_Sustantivas/LPDSH.pdf

En caso de que la respuesta a la solicitud sea afirmativa, la persona será integrada al Padrón de Beneficiarios, por lo que la (el) promotora (promotor) de la Mesa de Atención le entregará el Formato de Incorporación Aceptación (Anexo 3) que servirá como acreditación de que la persona es beneficiaria del Programa. En este momento también se le informará a la persona beneficiaria sobre el medio por el cual recibirá el apoyo monetario, de acuerdo a lo que se establece en el numeral 4.2.5 de las presentes Reglas.

4.2.1 Promoción del Programa

La URP, en coordinación con las Delegaciones, será la encargada de realizar la promoción del Programa, dando a conocer los apoyos que éste otorga, así como los criterios y requisitos de elegibilidad, de acuerdo a los numerales 3.3 (criterios y requisitos de elegibilidad) y 8.1 (numeral de Difusión) de las presentes Reglas.

4.2.2 Proceso de Atención

Las Delegaciones establecerán Mesas de Atención con la finalidad de acercar los apoyos del Programa a la población beneficiaria.

Las Delegaciones de la Secretaría informarán la fecha, hora y lugar donde se instalarán las Mesas de Atención en las que se recibirán las solicitudes de las jefas de familia para su análisis y se informe sobre el pre registro al Programa.

4.2.3 Incorporación de Jefas de Familia al Pre registro del Programa

Las jefas de familia interesadas en pertenecer al Programa deberán acudir a la Mesas de Atención más cercanas a su domicilio, sin importar la entidad federativa en que sea residente y presentar el formato de pre registro al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia (Formato 2). Al presentar su solicitud las jefas de familia deberán cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 3.3.1 de estas Reglas.

Con la intención de facilitar que las jefas de familia se afilien al Programa, sin que tengan que acudir a las ventanillas de atención, se ha puesto en operación un formulario web para la captura del pre registro, que se encuentra disponible en el portal <http://www.gob.mx/tramites/programas-sociales/mujeres>, que forma parte de la operación de la Ventanilla Única para los Trámites y Servicios del Gobierno de la Estrategia Digital Nacional. Para lo cual deberá contar con su CURP e incorporar mediante un archivo digital una identificación oficial, que servirá de autenticación y compulsada mediante la confronta con el Registro Nacional de Población

e Identificación Personal (RENAPO). Una vez que sea revisado, evaluado y dado el visto bueno del formato por parte del responsable del programa en cada entidad federativa, si cumple con los criterios y requisitos de elegibilidad establecidos en el numeral 3.3.1, inciso a) de estas reglas, se enviará por correo electrónico a la jefa de familia el acuse de afiliación al programa.

En caso de no cumplir con alguno de los requisitos establecidos en el numeral 3.3.1 inciso a) de estas Reglas de Operación, el promotor de la Mesa de Atención le informará de manera verbal en ese momento a la jefa de familia que su pre registro se realizará hasta que cumpla con los mismos, lo cual podrá hacer en cualquiera de las ocasiones siguientes que se instale la Mesa de Atención.

Si la jefa de familia cumple con los criterios y requisitos de elegibilidad establecidos en el numeral 3.3.1 incisos a) de estas Reglas, el promotor de la Mesa de Atención le entregará original del formato del pre registro que acreditará que sus hijas e hijos serán potenciales personas beneficiarias del Programa, en caso de fallecimiento de la jefa de familia.

Es responsabilidad de las y los interesados darle seguimiento a su situación en el Programa.

4.2.4 Incorporación al Padrón de Beneficiarios

Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes de hasta 23 años de edad, un día antes de cumplir los 24 años, que hayan sufrido la pérdida de su madre podrán entregar en cualquier momento del año en las Mesas de Atención la documentación requerida según lo que establece el apartado 3.3.2 de las presentes Reglas de Operación o iniciar el trámite mediante el portal de <http://www.gob.mx/tramites/programas-sociales/mujeres>, para incorporarse como personas beneficiarias al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia. Para las personas de hasta 17 años de edad, deberá ser la Persona Responsable quien presente la documentación en las Mesas de Atención.

En caso de haber iniciado el trámite mediante el portal de [gob.mx](http://www.gob.mx), es necesario acudir a la Delegación Federal de la Sedesol con la documentación completa para revisión y cotejo documental. Si no se cumple con alguno de los criterios y requisitos, el promotor de la Mesa de Atención le informará de manera verbal en ese momento a la persona solicitante que su incorporación se realizará hasta que cumpla con los mismos.

Si la persona solicitante cumple con los criterios y requisitos de elegibilidad, el promotor de la Mesa de Atención integrará la documentación y procederá al llenado del CUIS, de ser posible en el domicilio del responsable donde vivirán los beneficiarios, con la información proporcionada.

Una vez integrada la documentación y recabados los datos socioeconómicos, el promotor de la Mesa de Atención informará verbalmente a la persona solicitante que en un plazo máximo de 60 días naturales a partir de la recepción de la documentación en la Mesa de Atención correspondiente, se le efectuará el pago correspondiente a los apoyos que otorga este programa.

Es responsabilidad de las y los interesados darle seguimiento a su situación en el Programa.

En caso de que la respuesta a la solicitud sea afirmativa, la persona será integrada al Padrón de Beneficiarios, por lo que el promotor de la Mesa de Atención le entregará el Formato de Aceptación (Formato 4) que servirá como acreditación de que la persona es beneficiaria del Programa. En este momento también se le informará a la persona beneficiaria sobre el medio por el cual recibirá el apoyo monetario, de acuerdo a lo que se establece en el numeral 4.2.5 de las presentes Reglas.

4.2.5 Entrega de Apoyos Monetarios

En función de la infraestructura bancaria disponible, el proceso de entrega de apoyos monetarios se realizará mediante transferencias electrónicas bancarias o algún mecanismo alternativo motivado por circunstancias particulares o temporales que así lo ameriten, incluyendo apoyos en efectivo.

En caso de enfermedad o discapacidad temporal de la Persona Responsable de los beneficiarios menores de 18 años o de los beneficiarios entre 18 y 23 años, para acudir a recibir el apoyo económico, podrán hacerlo a través de un representante, quien al momento del pago deberá presentar:

a) Constancia médica de la Persona Responsable o beneficiaria emitida por institución oficial que acredite dicha circunstancia, la cual será válida por un bimestre, debiendo renovarla en caso de subsistir la enfermedad o discapacidad temporal.

b) Documento que acredita a la persona como Responsable o beneficiaria del Programa.

c) Identificación oficial vigente del representante y de la Persona Responsable o beneficiaria.

4.2.6 Reexpedición de Apoyos

En los casos en que la persona beneficiaria que por cualquier razón no haya podido acudir a recibirlos en un bimestre, se realizará la reexpedición de manera automática por parte del fideicomiso, acumulada a la

emisión del siguiente bimestre, independientemente de las reexpediciones masivas por casos extraordinarios, respetando los derechos obtenidos por las personas beneficiarias en el ejercicio anterior.

Únicamente se podrán reexpedir masivamente apoyos monetarios a las personas beneficiarias cuando, derivado de una contingencia, no se hayan dispersado los recursos en la institución fiduciaria.

4.2.7 Reincorporación de las Personas Beneficiarias

Para los casos en que se haya suspendido por tiempo indefinido la entrega del apoyo monetario a la persona beneficiaria, ésta podrá solicitar su reincorporación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, proporcionando la (el) promotora (promotor) en la Mesa de Atención su nombre y folio de persona beneficiaria que se encuentra en el Formato de Aceptación.

La persona responsable o beneficiaria deberá entregar una solicitud de reactivación en la Mesa de Atención mediante un escrito libre, firmado por el beneficiario y la Persona Responsable, que contenga: fecha, nombre de la persona beneficiaria y en su caso la Persona Responsable, motivo de la solicitud, la justificación por no haber acudido en dos ocasiones a recibir los apoyos del Programa o realizado movimientos en su cuenta en más de dos bimestres; asimismo, en su caso, deberá incluir la demostración de haber cumplido con lo que se establece en los incisos b y c del numeral 3.6.4.1, o haber concluido el procedimiento al que se refiere el inciso d del mismo numeral. También se deberá anexar al escrito libre, una copia del Formato de incorporación Aceptación.

El promotor de la mesa de atención informará verbalmente a la persona solicitante que en un plazo máximo de 30 días naturales a partir de la fecha de recepción de la solicitud de reactivación, se le notificará sobre el resultado de su petición. En caso de que proceda y exista disponibilidad de los recursos del fideicomiso, la reincorporación podrá ser autorizada.

Si la información o documentación es incompleta o ilegible, la (el) promotora (promotor) de la Mesa de Atención le informará en ese instante al solicitante. En caso de que proceda la solicitud, la entrega de apoyos será efectiva a partir de la confirmación de su reincorporación, misma que se dará a través de las Mesas de Atención.

En el caso que proceda la reincorporación la persona beneficiaria no podrá hacer exigibles derechos adquiridos o los apoyos monetarios desde la suspensión por tiempo indefinido hasta su reincorporación.

No podrán reincorporarse al Programa aquellas personas beneficiarias que hayan causado baja definitiva en el Padrón de Beneficiarios de acuerdo al numeral 3.6.4.2.

4.2.8 Cambio e Incorporación del Responsable

Para los casos en donde los beneficiarios del seguro tienen la necesidad de cambiar de domicilio y la nueva persona responsable es distinta a la que se registró en un inicio en el programa, o simplemente si se cambia de persona responsable aunque no cambie de domicilio, se procederá a actualizar el formato de Incorporación y Aceptación, si se trata de un cambio de responsable; únicamente se deberá entregar la documentación del nuevo responsable (identificación oficial con fotografía, CURP y comprobante de domicilio).

Cuando los beneficiarios se dividen en dos o más familias, cada responsable deberá llenar los formatos de Incorporación y Aceptación, señalando que se va agregar un corresponsable, en el formato se deberá incluir únicamente a los beneficiarios que tiene cada uno a su a cargo. Asimismo, se deberá realizar un CUIS por cada hogar y entregar la documentación correspondiente.

4.2.9 Incorporación de Beneficiarios no contemplados al inicio

En los casos en donde los hijos de la Jefa de Familia no se encontraban estudiando al momento del registro de sus hermanos o estaban en otra entidad federativa a cargo de otro responsable, se tendrán que actualizar los formatos de Incorporación y Aceptación, señalando que se pretende "agregar a un beneficiario" y únicamente se debe entregar la documentación de este último, y en caso de que no se encontrara en el CUIS será necesario incorporarlo y actualizar el cuestionario.

4.3 Gastos de Operación

Para el desarrollo de las diversas acciones asociadas con la planeación, operación, supervisión, seguimiento, atención ciudadana y evaluación externa del Programa, la Secretaría podrá destinar recursos hasta del 6.0 % del presupuesto asignado al Programa.

4.4 Registro de Operaciones

4.4.1. Avances Financieros

La URP con la información enviada por las Delegaciones, deberá elaborar trimestralmente el reporte escrito sobre el avance financiero de las acciones bajo su responsabilidad, así como del cumplimiento de sus metas, durante los primeros 5 días hábiles del mes inmediato posterior al periodo que se reporta, remitiéndolo a la Dirección General de Seguimiento para su revisión y gestión correspondiente.

4.4.2 Recursos no Devengados

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto, aquellos recursos que no se hayan devengado al cierre del ejercicio presupuestal correspondiente, permanecerán en el patrimonio del fideicomiso.

4.4.3. Cierre de Ejercicio

La URP integrará el cierre de ejercicio, con base en la información que le envíe el fideicomiso, y lo remitirá a la Dirección General de Seguimiento (DGS) impreso y en medios magnéticos. La DGS verificará la congruencia de la información con la Cuenta Pública.

5. Evaluación

Conforme a lo establecido en el artículo 78 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y con el objeto de enfocar la gestión del Programa al logro de resultados para mejorar las condiciones de vida de la población beneficiaria, así como fortalecer la rendición de cuentas y la transparencia en el ejercicio de los recursos, se realizarán evaluaciones externas al Programa. Las evaluaciones se completarán con un monitoreo periódico de los recursos ejercidos, acciones ejecutadas y metas alcanzadas, orientado a consolidar una presupuestación basada en resultados.

Las evaluaciones externas que se realicen al Programa serán coordinadas por la Dirección General de Evaluación y Monitoreo de los Programas Sociales (DGEMPS), en conjunto con la URP, conforme a lo señalado en los "Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal" (Lineamientos) publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 2007 y deberán realizarse de acuerdo con lo establecido en el Programa Anual de Evaluación (PAE) que emitan el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública. Los Lineamientos y el PAE pueden consultarse en la página electrónica www.coneval.gob.mx.

Adicionalmente a las evaluaciones establecidas en el PAE y conforme a lo dispuesto en el artículo 24 de los Lineamientos, se podrán llevar a cabo las evaluaciones complementarias que resulten apropiadas conforme a las necesidades del Programa y los recursos disponibles, las cuales también serán coordinadas por la DGEMPS en conjunto con la Dirección General de Seguro de Vida para Jefas de Familia.

La DGEMPS presentará los resultados de las evaluaciones externas de acuerdo con los plazos y términos previstos en la normatividad vigente y los difundirá a través de la página de Internet de la Secretaría (www.sedesol.gob.mx).

6. Indicadores

Los indicadores de Propósito y Componente de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa están contenidos en el Anexo 5 de las presentes Reglas de Operación. La información correspondiente a estos indicadores será reportada por la Dirección General de Seguro de Vida para Jefas de Familia en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH).

La totalidad de los indicadores de la MIR se encuentran disponibles para su consulta en la siguiente liga: <http://www.sedesol.gob.mx>.

7. Seguimiento, Control y Auditoría

7.1 Seguimiento

La Unidad Responsable del Programa, dará seguimiento al Programa, a través de los mecanismos que se establezcan para tal efecto por el Comité y deberá rendir un informe a éste en sus sesiones ordinarias.

Para la mejora permanente del Programa, así como para la integración de informes, la Dirección General de Seguimiento llevará a cabo el seguimiento a los recursos asignados al Programa, tanto a nivel central como en las Delegaciones de la SEDESOL.

Asimismo, acordará con la Unidad Responsable del Programa su participación en las acciones de seguimiento a las obras, proyectos y acciones en las entidades federativas.

7.2 Control y Auditoría

Los ejecutores serán responsables de la supervisión directa de las obras, proyectos o acciones, así como de verificar que en su ejecución se cumpla con la normatividad aplicable, mientras que las unidades

responsables del programa y las Delegaciones de la SEDESOL en las entidades federativas serán responsables de verificar la correcta terminación y entrega de las obras, proyectos y/o acciones, así como de la solicitud y resguardo de la comprobación documental del gasto ejercido debidamente certificada.

Considerando que los recursos federales de este Programa, ejecutados por las entidades federativas o sus municipios no pierden su carácter federal al ser entregados a los mismos, su ejercicio está sujeto a las disposiciones federales aplicables y podrán ser auditados por las siguientes Instancias de Fiscalización, conforme a la legislación vigente y en el ámbito de sus respectivas competencias: Por la Auditoría Superior de la Federación; por el Órgano Interno de Control en la Secretaría; por la Secretaría de la Función Pública, en coordinación con los órganos de control de los gobiernos locales.

La instancia Ejecutora dará todas las facilidades a dichas Instancias Fiscalizadoras para realizar, en el momento en que lo juzguen pertinente, las auditorías, revisiones o visitas de inspección que consideren necesarias; asimismo, efectuarán las acciones necesarias para dar atención a las recomendaciones planteadas en cada una de las observaciones. Independientemente de las sanciones a que hubiere lugar, por la inobservancia de esta disposición la Unidad Responsable del Programa determinará con base en lo anterior si suspende o limita la ministración de los recursos federales en el siguiente ejercicio presupuestal.

Las instancias fiscalizadoras podrán verificar que los recursos asignados para cumplir con los objetivos y la cobertura establecidos en la Cruzada contra el Hambre hayan sido ejercidos con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez.

8. Transparencia

8.1 Difusión

Estas Reglas de Operación, además de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, están disponibles para su consulta en las Delegaciones, en la página electrónica de la SEDESOL: http://www.normateca.sedesol.gob.mx/es/NORMATECA/Reglas_de_Operacion, así como en la página electrónica: www.segurodevidaparajefasdefamilia.gob.mx

Las Delegaciones en coordinación con la URP, serán las encargadas de realizar la promoción y difusión del Programa, informando las acciones institucionales a realizar y las comunidades beneficiadas.

Para conocer los servicios que ofrece este Programa así como los demás que están a cargo de la Secretaría, sus órganos administrativos desconcentrados y entidades del Sector, conforme lo que establece el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación, se puede acceder a la página electrónica www.sedesol.gob.mx, sección "LECTURAS RECOMENDADAS" y consultar el "Manual de Servicios al Público", en donde también se describen los procedimientos y los trámites para solicitar los apoyos, así como los plazos de respuesta a las solicitudes.

Conforme a la Ley General de Desarrollo Social, así como al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2016, la publicidad y la información relativa a este Programa deberá identificarse con el Escudo Nacional en los términos que establece la Ley sobre el Escudo, la Bandera y el Himno Nacionales e incluir la siguiente leyenda "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos a los del desarrollo social".

8.2 Contraloría Social

Se propiciará la participación de las personas beneficiarias o en caso de minoría de edad, las personas responsables de las personas beneficiarias del Programa a través de la integración de comités de Contraloría Social y comités comunitarios, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en el Programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.

El programa deberá ajustarse a lo establecido en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008, con el fin de promover y realizar las acciones necesarias para la integración y operación de la contraloría social, bajo el esquema validado por la Secretaría de la Función Pública.

8.3 Sistema de Focalización de Desarrollo (SIFODE)

En el SIFODE se consolida la información socioeconómica de las personas–hogares y se registra la información de las áreas de atención social o actores sociales incorporadas al Padrón de Beneficiarios. La información socioeconómica de las personas-hogares es evaluada para la determinación de potenciales beneficiarios de los distintos programas adheridos al SIFODE

El SIFODE será de uso obligatorio para aquellos programas que focalizan personas-hogares para sus apoyos.

8.3.1 Recolección e Integración de información socioeconómica

El Programa realizará la recolección de información socioeconómica de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos para los Procesos de Recolección de Información Socioeconómica y Captura.

La información proveniente de los cuestionarios recolectados por el Programa se incorporará al SIFODE y se administrará con base en los Lineamientos de Integración, Uso y Compartición de Información Socioeconómica del SIFODE.

8.3.2 Evaluación de información socioeconómica

La información socioeconómica se incorpora al SIFODE y se evalúa la elegibilidad de los hogares como potenciales beneficiarios con base en:

- La metodología para la medición multidimensional de la pobreza establecida por el CONEVAL, de acuerdo a los Lineamientos de Evaluación de Condiciones Socioeconómicas de los Hogares y
- El cumplimiento de los criterios de elegibilidad de los Programas Sociales

Para los hogares elegibles como potenciales beneficiarios, el Programa deberá captar la información complementaria para finalizar el proceso de identificación de los hogares beneficiarios.

La información de áreas de atención social (obras y servicios) y actores sociales relacionados con el Cuestionario Único de Obras y Servicios (CUOS) y el Cuestionario Único de Actores Sociales (CUAS) respectivamente se incorporará a través del Padrón de Beneficiarios y corresponderá a acciones ejecutadas, por lo cual no requiere de evaluación.

8.3.3 Integración del Padrón

El Padrón Único de Beneficiarios (PUB) es una base de datos que contiene la información de todos los padrones de beneficiarios de los programas de desarrollo social.

Para la integración del padrón de beneficiarios del Programa al PUB, al inicio del ejercicio fiscal, la Unidad Administrativa Responsable de los Programas (UARP), establecerá compromisos con la Dirección General de Geoestadística y Padrones de Beneficiarios de la SEDESOL (DGGPB), para asegurar la consistencia, calidad y puntualidad en el envío e integración de los padrones, informando la calendarización, tipo de beneficiarios y datos del personal responsable y operativo del padrón.

Asimismo, la generación del PUB será conforme a lo establecido en los Lineamientos Normativos para la Integración del Padrón Único de Beneficiarios que emite la Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional de la SEDESOL, según cada tipo de persona beneficiaria, que permita identificar a quiénes se dirigen los subsidios, ayudas y demás apoyos gubernamentales, así como su importe y conceptos.

El Programa integrará su padrón de beneficiarios a partir de los datos que a las personas beneficiarias, a los beneficios que les fueron entregados, y que constan en los registros de su operación; de acuerdo al tipo de beneficiarios: Personas-Hogares; Actores Sociales; o Poblaciones Beneficiarias de Obras de Infraestructura o Acciones Comunitarias, para lo cual deberá ajustarse a lo establecido por la SEDESOL a través los Lineamientos Normativos para la Integración del Padrón Único de Beneficiarios, disponibles en la dirección: <http://www.normateca.sedesol.gob.mx>.

Dado que la Clave Única de Registro de Población (CURP) es la llave de intercambio de información entre las dependencias del Gobierno Federal se deberá solicitar que se muestre al momento del llenado del instrumento de información socioeconómica que corresponda, sin que la presentación de esta clave sea condicionante para la aplicación del cuestionario y en su caso, tampoco para la incorporación ni para el otorgamiento de los apoyos del Programa.

Las claves y nombres geográficos de entidades federativas, municipios y localidades registradas en los padrones de personas beneficiarias, deberán corresponder a las establecidas en el Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades (CENFEMUL) (antes Catálogo de Claves de Entidades Federativas, Municipios y Localidades) emitido por el INEGI del periodo correspondiente. El catálogo podrá ser consultado a través de la página de internet: <http://sisge.sedesol.gob.mx/sisge/> o bien <http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/catalogoclaves.aspx>

Para realizar aclaraciones de las localidades que in situ no existan o difieran en la ubicación geográfica, claves o nombres geográficos a los registrados en el CENFEMUL, las personas interesadas deberán apegarse al procedimiento de actualización permanente del catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI, para lo cual deberán contactarse con la persona responsable del procedimiento de actualización del catálogo en la Delegación SEDESOL correspondiente, o bien con la DGGPB.

Los datos generales de los responsables del procedimiento de actualización de localidades en las delegaciones de SEDESOL se podrán ser consultados mediante la siguiente dirección electrónica:

<http://sisge.sedesol.gob.mx/sisge/Descargas/N4/AnexoV.pdf>

A través de esta dirección electrónica se podrá consultar el nombre, cargo, dependencia, teléfono y correo electrónico del responsable.

La documentación que indica el procedimiento de actualización permanente del Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades del INEGI, podrá consultarse en el módulo de seguimiento histórico de localidades, a través de la siguiente dirección electrónica: <http://sisge.sedesol.gob.mx/sisge/> o bien, en el portal del INEGI a través de la siguiente URL: <http://geoweb.inegi.org.mx/mgn2kData/evidencias/PHC.pdf>

El domicilio geográfico para la integración de los padrones de Personas, de Poblaciones Beneficiarias de Obras de Infraestructura o Acciones Comunitarias, y de Actores Sociales, así como puntos de venta y/o atención, deberá regirse por el modelo de estructura de datos establecido en la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos emitida por el INEGI el 8 de noviembre de 2010 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2010. La Norma podrá ser consultada a través de la página de internet: http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/normastecnicas/dom_geo.aspx

El Programa deberá considerar que aquellas localidades levantadas en el último evento censal pudieran sufrir cambios en su clave geográfica, lo que representa que modifiquen o pierdan su información censal. Las localidades que cambien su clave por adscripción a nuevos municipios, cambio de municipio o cambio de entidad, así como aquellas localidades declaradas como inexistentes, tapias o ruinas, no aparecerán en la actualización mensual del CENFEMUL.

8.3.4 Confrontas

Para efecto de planeación la DGGPB realizará confrontas de los Programas del Padrón Único de Beneficiarios PUB al menos dos veces al año.

Para efecto de confrontas entre Programas de la SEDESOL y otras dependencias, éstas deberán realizarse en la DGGPB a través del Padrón Único de Beneficiarios PUB conforme a los Lineamientos Normativos.

8.4 Acciones de Blindaje Electoral

En la operación y ejecución de los recursos federales y proyectos sujetos a las presentes Reglas de Operación, se deberán observar y atender las medidas de carácter permanente, contenidas en las leyes Locales y/o Federales aplicables, así como aquellas específicas que sean emitidas de forma previa para los procesos electorales federales, estatales y municipales, por la Unidad del Abogado General y Comisionada para la Transparencia, con la finalidad de evitar el uso de recursos públicos y programas sociales con fines particulares, partidistas y/o político-electorales.

Con estas acciones se fomenta la cultura de la transparencia, la legalidad y la rendición de cuentas, se refrenda el compromiso de respetar el principio de imparcialidad en la aplicación de los recursos públicos y se busca prevenir e inhibir las conductas contrarias a la normatividad que regula la actuación en el servicio público, haciendo énfasis en los principios de ética, legalidad, transparencia, integridad, rendición de cuentas, respeto a los derechos humanos y participación ciudadana.

9. Perspectiva de género

En el ámbito de su competencia, el Programa incorporará la perspectiva de género para identificar las circunstancias que profundizan las brechas de desigualdad manifiestas en la distribución de recursos, acceso a oportunidades y ejercicio de la ciudadanía, entre otros, que generan, discriminación y violencias, en particular hacia las mujeres, a fin de determinar los mecanismos que incidan en su reducción o eliminación e impulsar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, para alcanzar un desarrollo pleno, y garantizar la vigencia, el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos humanos..

10. Enfoque de Derechos

Con el objetivo de generar las condiciones necesarias para el acceso equitativo en términos de disponibilidad, accesibilidad, exigibilidad y calidad en las acciones que realiza este Programa, se implementarán mecanismos que hagan efectivo el acceso a la información gubernamental y se asegurará que el acceso a los apoyos y servicios se dé únicamente con base en lo establecido en estas Reglas, sin discriminación o distinción alguna.

De igual manera, se fomentará que las y los servidores públicos involucrados en la operación del programa, promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las y los beneficiarios, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, y progresividad, brindando en todo momento un trato digno y de respeto a la población objetivo, con apego a los criterios de igualdad y no discriminación.

Asimismo, el Programa fomentará la vigencia efectiva y respeto irrestricto de los derechos de las personas con discapacidad, jóvenes y de los pueblos indígenas, contribuyendo a generar conocimiento y acciones que potencien su desarrollo integral e inclusión plena.

En cumplimiento a la Ley General de Víctimas y atendiendo las reglas de operación vigentes, se favorecerá el acceso al Programa de las personas inscritas en el Registro Nacional de Víctimas que se encuentren en condiciones de pobreza, vulnerabilidad, rezago y marginación, mediante solicitud escrita, fundada y motivada que emane de autoridad competente.

11. Quejas y denuncias y solicitudes de información

Las personas beneficiarias o interesadas, tienen derecho a solicitar información relacionada con el presente Programa y sus Reglas de Operación, así como a presentar quejas o denuncias en contra de servidores públicos de la Secretaría, por el incumplimiento en la ejecución, operación o entrega de apoyos, ante las instancias correspondientes:

11.1 Quejas y denuncias

Las quejas y denuncias, podrán realizarse por escrito y/o vía telefónica, o cualquier otro medio electrónico de comunicación y/o mediante comparecencia ante las oficinas que ocupa el Órgano Interno de Control en la SEDESOL, a través de:

a) Órgano Interno de Control en la Secretaría

Para recepción de quejas y denuncias Teléfono: 5328-5000, Ext. 51441.

Larga distancia sin costo: 01 800 714 83 40

Correo electrónico: organo.interno@sedesol.gob.mx

Página Web: www.sedesol.gob.mx, ruta: Inicio-Sedesol -Área de la C. Secretaria-Órgano Interno de Control-Servicios-Formulario de Quejas y Denuncias

Domicilio: Avenida Paseo de la Reforma No. 116, Piso 11, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

b) Secretaría de la Función Pública

D.F. y Área metropolitana:

Teléfono: 2000-3000

Larga distancia sin costo:

01-800-3862-466

De Estados Unidos 01-800-4752-393

Domicilio: Insurgentes Sur 1735, colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón. Código postal 01020, México, D.F.

Correo electrónico: contactociudadano@funcionpublica.gob.mx

Página electrónica: www.funcionpublica.gob.mx

c) Delegaciones de la Secretaría en las entidades federativas, a través del BUZÓN colocado para tal efecto.

También, se pone a disposición de la ciudadanía la posibilidad de la presentación de denuncias para reportar hechos, conductas, situaciones o comportamientos que se contrapongan a lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social, trámite inscrito en el Registro Federal de Trámites y Servicios y que se puede consultar en la página www.cofemer.gob.mx, con la Homoclave: SEDESOL-13-001

11.2. Solicitudes de información

Las solicitudes de información, podrán realizarse ante el Área de Atención Ciudadana, por escrito y/o vía telefónica, a través de:

a) Sedesol: Área de Atención Ciudadana

Teléfonos: 5141-7972 o 5141-7974

Larga distancia sin costo:

01-800-007-3705

Correo electrónico: demandasocial@sedesol.gob.mx

Domicilio: Avenida Paseo de la Reforma número 116, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06600, México, D.F.

b) Delegaciones de la SEDESOL en las entidades federativas, a través del Área de Atención Ciudadana.

PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA

ANEXO 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cenfemul: Catálogo de Claves de Entidades Federativas, Municipios y Localidades, cambió su nombre a Catálogo Único de Claves de Áreas Geostatísticas Estatales, Municipales y Localidades; se menciona en la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos.

Comisión Intersecretarial: El Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre tiene como uno de sus componentes la Comisión Intersecretarial para la Instrumentación de la Cruzada contra el Hambre, con el objeto de coordinar, articular y complementar las acciones, programas y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la estrategia presidencial, misma que está integrada por los Titulares de las Dependencias de: Secretaría de Desarrollo Social, quién la presidirá; Secretaría de Gobernación; Secretaría de Relaciones Exteriores; Secretaría de la Defensa Nacional; Secretaría de Marina; Secretaría de Hacienda y Crédito Público; Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales; Secretaría de Energía; Secretaría de Economía; Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Secretaría de Comunicaciones y Transportes; Secretaría de Educación Pública; Secretaría de Salud; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; Secretaría de Turismo; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Instituto Nacional de las Mujeres, y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Comité: Se refiere al Comité Técnico del Programa, que es el máximo órgano rector del mismo, encargado de establecer las líneas de intervención mediante los cuales éste contribuye al logro de los objetivos nacionales en materia de atención a los niños en orfandad materna

Coneval: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS): Instrumento de recolección que capta la información necesaria de los datos del beneficiario de los padrones de personas, así como para la evaluación de pobreza multidimensional (contexto territorial, bienestar económico y carencias sociales), y para la evaluación de criterios de selección de los programas sociales .

CUAS: Cuestionario Único de Actores Sociales.- Cuestionario diseñado por la SEDESOL para el registro de actores sociales que reciben algún apoyo.

CUOS: Cuestionario Único de Obras y Servicios.- Cuestionario diseñado por la SEDESOL para el registro de obras de infraestructura o servicios en los que se ejercieron recursos públicos en áreas de participación social.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

Delegación o Delegaciones: Delegaciones de la Secretaría de Desarrollo Social en las entidades federativas.

Entidad federativa: Referencia a cualquiera de los 31 estados de la República Mexicana y al Distrito Federal.

Fideicomiso: Figura jurídica mercantil en virtud de la cual un fideicomitente destina ciertos bienes a un fin lícito determinado, encomendando su realización a una institución fiduciaria. Acto por el cual se destinan ciertos bienes a un fin lícito determinado, encomendando a una institución fiduciaria la realización de ese fin. Para los fines de este programa, el fideicomiso será la institución fiduciaria que administre los recursos del mismo.

Hogar: Conjunto de personas que hacen vida en común dentro de una misma vivienda, unidos o no por parentesco, que comparten los gastos de manutención y preparan los alimentos en la misma cocina.

Informante: Es un integrante del hogar con al menos 15 años de edad (o si es jefe de hogar con al menos 12 años), que conozca la información necesaria de todos los integrantes de su hogar, que no tenga algún impedimento para comprender, razonar y responder las preguntas y que no se encuentre bajo el influjo de alcohol o enervantes.

Jefe(a) de familia o de hogar: Persona que forma parte del hogar, que toma las decisiones importantes y a quien se le reconoce de forma natural como el líder por parte de los demás integrantes por su edad, experiencia, autoridad, respeto o por razones de dependencia moral o económica.

Lineamientos de los Programas de Desarrollo Social y Humano: Documento que contiene los procesos operativos y administrativos internos a los que se deben apegar las instancias gubernamentales que participan en el Programa. Estos Lineamientos son dictaminados por el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría, no implican costos de cumplimiento para la población objetivo ni para las personas beneficiarias del Programa y están disponibles para su consulta en la página electrónica de la Normateca Interna de la Secretaría:

http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/1_Menu_Principal/2_Normas/2_Sustantivas/LPDSH.pdf

Localidad: De acuerdo con el Marco Geoestadístico es el lugar ocupado con una o más edificaciones utilizadas como viviendas, las cuales pueden estar habitadas o no, este lugar es reconocido por un nombre dado por alguna disposición legal o la costumbre.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR): Es una herramienta de planeación que en forma resumida, sencilla y armónica establece con claridad los objetivos de un programa, incorpora los indicadores que miden dichos objetivos y sus resultados esperados; identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores e incluye los riesgos y contingencias que pueden afectar el desempeño del programa.

Orfandad Materna: Condición de la niña, niño y joven de hasta 23 años, cuya madre ha fallecido.

Padrón de Beneficiarios: Base de datos que contiene de manera estructurada y sistematizada información suficiente sobre los receptores de los programas, así como de los beneficios que reciben.

Padrón Único de Beneficiarios (PUB)- Base de datos que contiene la información de todos los padrones de beneficiarios de todos los Programas de Desarrollo Social.

Persona con Discapacidad: Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.

Persona Responsable: Se refiere a los familiares o personas que designa la madre jefa de familia al momento de llenar la solicitud de pre registro y quienes serán los encargados de representar a los menores en orfandad para realizar los trámites de registro y recibir los apoyos destinados a los beneficiarios.

Personas beneficiarias: Las personas que forman parte de la población atendida del Programa Seguro de Vida para Mujeres Jefas de Familia.

Personas beneficiarias en edad escolar: Para los efectos de estas Reglas son las personas que forman parte de la población atendida del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia y que tienen de 6 hasta 23 años de edad, un día antes de cumplir los 24 años.

Pobreza Multidimensional Extrema: Situación en que una persona tiene un ingreso per cápita por debajo de la línea de bienestar mínimo y experimenta más de 3 carencias sociales (acceso a la alimentación, seguridad social, servicios básicos en la vivienda, servicios de salud, calidad y espacios en la vivienda y

rezago educativo), de acuerdo con la metodología de medición de pobreza multidimensional establecida por el Coneval.

Pre registro del Programa: Documento mediante el cual las jefas de familia se afilian al programa.

Programa: Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia.

Reglas: Reglas de operación del Programa.

Secretaría: Secretaría de Desarrollo Social.

SIFODE: Sistema de Focalización de Desarrollo es una herramienta administrada por la Secretaría de Desarrollo Social, mediante la Dirección General de Geoestadística y Padrones de Beneficiarios, cuyo objetivo es la focalización de participantes para la atención por parte de los programas sociales a través de la integración de información socioeconómica, modelos de evaluación y la contribución al establecimiento de criterios de elegibilidad para la atención de los beneficiarios.

Unidad Responsable del Programa (URP): La Dirección General de Seguro de Vida para Jefas de Familia.

Vivienda: Espacio fijo delimitado generalmente por paredes y techos de cualquier material, con entrada independiente, que se construyó o adaptó para el alojamiento de personas.

Vulnerabilidad Social: presentar una o más carencias sociales y/o estar por debajo de la línea de bienestar de ingreso de acuerdo a la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL.

Anexo 2

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia
Questionario Complementario 2016 v.1.16

Homologación del trámite: FC-SVJG_02 Fecha de la solicitud: Día: [] Mes: [] Año: []

Folio Programa []

1. ¿Cómo se enteró del Programa?

Por internet/redes sociales.....01	Por TV/Radio.....04
Campaña del Gobierno Federal.....02	Le dijo otro ciudadano.....05
Campaña del Gobierno Local.....03	Otro Medio (especificar).....06

ESPECIFICAR []

I. Datos personales de la jefa de familia

2. Nombre completo comenzando por apellidos. 3. Declara ser la Jefa del hogar SI NO

Primera Apellido Segundo Apellido Nombre(s)

CURP: [] Fecha de nacimiento: Día: [] Mes: [] Año: []

Entidad de nacimiento: [] → UTILIZAR EL CATALOGO DE ENTIDAD UBICADO EN LA PARTE INFERIOR

Teléfono: [] (SI NO TIENE) Correo electrónico: [] (SI NO TIENE)

Fijo Celular Recibidos

Nivel máximo de estudios:

Primaria.....01	Preparatoria o bachillerato.....03	Licenciatura.....05
Secundaria.....02	Carrera técnica.....04	Ninguna.....06

4. Domicilio particular de la jefa de familia

Entidad Federativa: [] Clave Entidad: []

Municipio o Delegación: [] Clave Municipio: []

Localidad: [] Clave Localidad: []

Nombre de la calle o vialidad: [] DOMICILIO CONDOMINIO

Número exterior: [] Sin número exterior Número interior: [] Sin número interior

Lote: [] Manzana: [] Código Postal: [] Colonia: []

II. Hijos e hijas de hasta 23 años

Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento		
				HOMBRE...1	MUJER...2	Día	Mes	Año
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Clave	CURP	Entidad de nacimiento	Catálogo de Entidades		
			1	2	3
1			Agua Caliente.....01	Guerrero.....12	Sonora.....26
2			Baja California.....02	Hidalgo.....13	Sinaloa.....25
3			Baja California Sur.....03	Jalisco.....14	Tampico.....27
4			Campeche.....04	México.....15	Tlaxcala.....28
5			Coahuila.....05	Michoacán.....16	Tlaxcala.....29
6			Colima.....06	Moravia.....17	Veracruz.....30
7			Chiapas.....07	Nayarit.....18	Yucatán.....31
8			Chihuahua.....08	Nuevo León.....19	Zacatecas.....32
9			Distrito Federal.....09	Oaxaca.....20	Zacatecas.....33
10			Durango.....10	Puebla.....21	
11			Guatemala.....11	Quintana Roo.....22	

Contactor:
 Av. Paredes de la Reforma 116,
 Col. Juárez, C.P. 06500,
 Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

II. Información de la(s) persona(s) responsable(s) de las hijas e hijos

1	Primer Apellido: _____ CURP: _____ Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Parentesco con las hijas e hijos: _____ Teléfono: _____ <small><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Recados</small>	Segundo Apellido: _____ Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2 Entidad de nacimiento: ____ → <small>UTILIZAR EL CATÁLOGO DE ENTIDAD</small> Correo electrónico: _____ <small><input type="checkbox"/> NO TIENE</small>	Nombre(s): _____ Nombre(s): _____ Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2 Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Parentesco con las hijas e hijos: _____ Teléfono: _____ <small><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Recados</small>
2	Primer Apellido: _____ CURP: _____ Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Parentesco con las hijas e hijos: _____ Teléfono: _____ <small><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Recados</small>	Segundo Apellido: _____ Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2 Entidad de nacimiento: ____ → <small>UTILIZAR EL CATÁLOGO DE ENTIDAD</small> Correo electrónico: _____ <small><input type="checkbox"/> NO TIENE</small>	Nombre(s): _____ Nombre(s): _____ Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2 Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Parentesco con las hijas e hijos: _____ Teléfono: _____ <small><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Recados</small>
3	Primer Apellido: _____ CURP: _____ Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Parentesco con las hijas e hijos: _____ Teléfono: _____ <small><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Recados</small>	Segundo Apellido: _____ Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2 Entidad de nacimiento: ____ → <small>UTILIZAR EL CATÁLOGO DE ENTIDAD</small> Correo electrónico: _____ <small><input type="checkbox"/> NO TIENE</small>	Nombre(s): _____ Nombre(s): _____ Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2 Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Parentesco con las hijas e hijos: _____ Teléfono: _____ <small><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Recados</small>

Proporcionar información socioeconómica falsa, con el propósito de recibir indebidamente los apoyos y servicios contenidos en los Programas de Desarrollo Social, será objeto de suspensión o baja de los Programas.

La información proporcionada será concentrada por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), se garantizará la protección de los datos personales que sean incorporados, en cumplimiento con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.


Esta solicitud de pre-registro no constituye la obligación para la incorporación al Programa, hasta que no se cumplan los requisitos establecidos en las Reglas de Operación que se encuentren vigentes, al presentarse la condición de orfandad materna, materia del Programa.

Las condiciones de vulnerabilidad a las que hace referencia las Reglas de Operación del Programa se evaluarán sobre el/los hogares en que residen las hijas(os) de la jefa de familia que haya fallecido, mediante la aplicación del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS).


La que suscribe declara bajo protesta de decir la verdad que los datos consignados en este cuestionario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

Firma o huella digital de la jefa del hogar

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



MÉXICO
ESTADO DE LA REPÚBLICA



SEDESOL
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Contacto:
Av. Paseo de la Reforma 116,
Col. L. Áyer, C.P. 06600,
Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Anexo 3

gob mx
Secretaría de Desarrollo Social

Solicitud de Incorporación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia

<table border="1"> <tr> <td>Homoclave del formato</td> </tr> <tr> <td>FO-SVJF-03</td> </tr> <tr> <td>Fecha de publicación del formato en el DOF</td> </tr> <tr> <td>DD / MM / AAAA</td> </tr> </table>	Homoclave del formato	FO-SVJF-03	Fecha de publicación del formato en el DOF	DD / MM / AAAA	<table border="1"> <tr> <td>Fecha de solicitud</td> </tr> <tr> <td>DD / MM / AAAA</td> </tr> <tr> <td>Foto de la solicitud</td> </tr> <tr> <td>Folio del programa (pre-registro)</td> </tr> </table>	Fecha de solicitud	DD / MM / AAAA	Foto de la solicitud	Folio del programa (pre-registro)
Homoclave del formato									
FO-SVJF-03									
Fecha de publicación del formato en el DOF									
DD / MM / AAAA									
Fecha de solicitud									
DD / MM / AAAA									
Foto de la solicitud									
Folio del programa (pre-registro)									
<table border="1"> <tr> <td>Tipo de trámite</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Incorporación de primera vez <input type="radio"/> Incorporación de nuevo beneficiario <input type="radio"/> Responsable adicional <input type="radio"/> Cambio de domicilio <input type="radio"/> Cambio de responsable <input type="radio"/> Otra actualización de datos </td> </tr> </table>	Tipo de trámite	<input type="radio"/> Incorporación de primera vez <input type="radio"/> Incorporación de nuevo beneficiario <input type="radio"/> Responsable adicional <input type="radio"/> Cambio de domicilio <input type="radio"/> Cambio de responsable <input type="radio"/> Otra actualización de datos	<table border="1"> <tr> <td>¿La jefa pertenecía a algún otro programa de SEDESOL?</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> PROSPERA <input type="radio"/> Comedores comunitarios <input type="radio"/> Abasto rural / Diconsa <input type="radio"/> Abasto de leche / Liconsa <input type="radio"/> Empleo temporal <input type="radio"/> 3x1 para migrantes <input type="radio"/> Pensión para adultos mayores <input type="radio"/> Opciones productivas <input type="radio"/> Estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras <input type="radio"/> Fondo nacional para el fomento de las artesanías <input type="radio"/> Otro programa... Especificar _____ <input type="radio"/> No sabe </td> </tr> </table>	¿La jefa pertenecía a algún otro programa de SEDESOL?	<input type="radio"/> PROSPERA <input type="radio"/> Comedores comunitarios <input type="radio"/> Abasto rural / Diconsa <input type="radio"/> Abasto de leche / Liconsa <input type="radio"/> Empleo temporal <input type="radio"/> 3x1 para migrantes <input type="radio"/> Pensión para adultos mayores <input type="radio"/> Opciones productivas <input type="radio"/> Estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras <input type="radio"/> Fondo nacional para el fomento de las artesanías <input type="radio"/> Otro programa... Especificar _____ <input type="radio"/> No sabe				
Tipo de trámite									
<input type="radio"/> Incorporación de primera vez <input type="radio"/> Incorporación de nuevo beneficiario <input type="radio"/> Responsable adicional <input type="radio"/> Cambio de domicilio <input type="radio"/> Cambio de responsable <input type="radio"/> Otra actualización de datos									
¿La jefa pertenecía a algún otro programa de SEDESOL?									
<input type="radio"/> PROSPERA <input type="radio"/> Comedores comunitarios <input type="radio"/> Abasto rural / Diconsa <input type="radio"/> Abasto de leche / Liconsa <input type="radio"/> Empleo temporal <input type="radio"/> 3x1 para migrantes <input type="radio"/> Pensión para adultos mayores <input type="radio"/> Opciones productivas <input type="radio"/> Estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras <input type="radio"/> Fondo nacional para el fomento de las artesanías <input type="radio"/> Otro programa... Especificar _____ <input type="radio"/> No sabe									
<table border="1"> <tr> <td>¿Cómo se enteró del programa?</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Por internet / redes sociales <input type="radio"/> Por TV / Radio <input type="radio"/> Campaña del gobierno federal <input type="radio"/> Le dijo otro ciudadano <input type="radio"/> Campaña del gobierno local <input type="radio"/> A través de otro programa de SEDESOL <input type="radio"/> Otro medio... Especificar _____ </td> </tr> </table>	¿Cómo se enteró del programa?	<input type="radio"/> Por internet / redes sociales <input type="radio"/> Por TV / Radio <input type="radio"/> Campaña del gobierno federal <input type="radio"/> Le dijo otro ciudadano <input type="radio"/> Campaña del gobierno local <input type="radio"/> A través de otro programa de SEDESOL <input type="radio"/> Otro medio... Especificar _____							
¿Cómo se enteró del programa?									
<input type="radio"/> Por internet / redes sociales <input type="radio"/> Por TV / Radio <input type="radio"/> Campaña del gobierno federal <input type="radio"/> Le dijo otro ciudadano <input type="radio"/> Campaña del gobierno local <input type="radio"/> A través de otro programa de SEDESOL <input type="radio"/> Otro medio... Especificar _____									

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEDESOL
SECRETARÍA DE
DESARROLLO SOCIAL

COFOPR
de México

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



I. Datos de la jefa de familia fallecida
CURP:
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento:
Fecha de defunción:
Causa de defunción:
Ocupación (actividad remunerable):

II. Datos de la persona responsable
CURP:
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

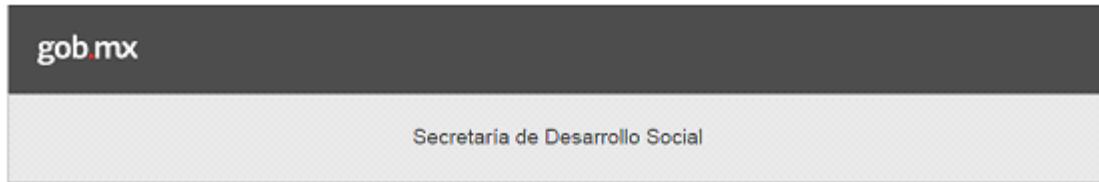
III. Información de las hijas e hijos en estado de orfandad materna

Núm.	CURP	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	Ocupación
1					
2					
3					
4					
5					

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.
 Proporcionar información falsa, con el propósito de recibir indebidamente los apoyos y servicios contenidos en los Programas de Desarrollo Social, será objeto de suspensión o baja de los Programas.
 Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en las Bases de Datos de la Secretaría de Desarrollo Social.
 El llenado de este formato es gratuito.

 Firma o huella digital de la persona responsable

Anexo 4



Formato de Aceptación de Beneficiarios al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia

Homoclave del formato	Fecha de solicitud
FO-SVJF-04	DD / MM / AAAA
Fecha de publicación del formato en el DOF	Folio de la solicitud
DD / MM / AAAA	
Folio CUS	Folio del programa (pre-registro)

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

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

Nivel escolar						
Núm.	Grado	Nivel	Fecha de nacimiento	Taller o curso	Discapacidad	
1			DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Sí... Especifique:	<input type="radio"/> Sí... Especifique:	
2			DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Sí... Especifique:	<input type="radio"/> Sí... Especifique:	
...			DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Sí... Especifique:	<input type="radio"/> Sí... Especifique:	

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

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



Secretaría de Desarrollo Social

II. Información del responsable de los beneficiarios

Nombre(s):	Fecha de nacimiento:
Primer apellido:	Lugar de nacimiento:
Segundo apellido:	Tipo de identificación:
Sexo: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M CURP:	Folio de identificación: <input type="radio"/> No tiene

Parentesco con la o las personas beneficiarias:	
Correo electrónico:	<input type="radio"/> No tiene
Teléfono: 01	Celular: 04

III. Datos del domicilio

Código postal:	Calle:	<input type="radio"/> Domicilio conocido		
Número exterior:	Letra exterior:	Número interior:	Letra interior:	<input type="radio"/> Sin número interior
Colonia:	Lote:	Manzana:		
Estado o Distrito Federal:	Clave del estado o Distrito Federal:			
Municipio o delegación:	Clave del municipio o delegación:			
Localidad:	Clave de la localidad:			

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Proporcionar información falsa, con el propósito de recibir indebidamente los apoyos y servicios contenidos en los Programas de Desarrollo Social, será objeto de suspensión o baja de los Programas. Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en las Bases de Datos de la Secretaría de Desarrollo Social. El llenado de este formato es gratuito.

 Autorizó
 Nombre, cargo y firma
 Delegado(a), Subdelegado(a) o Coordinador(a)

 Firma o huella digital de la persona responsable



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

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Identificación del hogar		Integrantes del hogar	
IV. Informante adecuado 1. Identifique si existe un informante adecuado que cumpla con las siguientes características: I) ¿QUESEA INTEGRANTE DEL HOGAR? Persona que se relaciona con los integrantes del hogar y vive físicamente en el hogar, regularmente en el día, prepara sus alimentos, come y su presencia contribuye al bienestar del hogar, personas que por razones "temporales" como enfermedades, vacaciones, trabajo o estudio, no están viviendo en su domicilio en la vivienda. II) QUE CONOZCA LA IDENTIFICACIÓN NECESARIA DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR. III) CON AL MENOS 3 AÑOS DE EDAD, O QUE SI ES MENOR DE EDAD CON AL MENOS 2 AÑOS QUE NO TENGA ALGUN IMPEDIMENTO PARA COMPRENDER, RAZONAR Y RESPONDER LAS PREGUNTAS. IV) QUE NO SE ENCUENTRE BAJO EL INFLUJO DE ALCOHOL O DROGAS. PARA LOS PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN, REEVALUACIÓN, VERIFICACIÓN PERMANENTE DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, A CTUALIZACIÓN Y MODIFICACIÓN. V) EL INFORMANTE SE ENCUENTRE EN EL ESTADO ORIGINAL DEL HOGAR. <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. <input checked="" type="checkbox"/> El informante es adecuado! SI..... 1 → CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO. NO..... 2 → PASAR A "CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA". MARCAR LA OPCIÓN DE INFORMANTE TEMPORAL. NOTA: NO CONSIDERE A LAS PERSONAS QUE DICEN HABER TENIDO OTRO LUGAR DE RESIDENCIA Y QUE ESTÁN TEMPORALMENTE EN ESE LUGAR POR VACACIONES, TRABAJO U OTRO MOTIVO.		V. Tipo de vivienda 4. ¿Su vivienda es...? [] [] [] → CÓDIGOS DEL 08 AL 10 PASARA "CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA", Y MARCAR LA OPCIÓN 08: VIVIENDA NO VALIDA. UNIDAD (TRANSITANTE/MESA DE ATENCIÓN/UNIDAD PERMANENTE) LEER TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA Y ANOTAR LA OPCIÓN QUE LE INDUJEN. EPIQUE STA EN LA VIVIENDA DE ACUERDO A SU OBSERVACIÓN ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Casa independiente..... 01 Local no construido para habitación 06 Departamento en edificio..... 02 Vivienda en terreno familiar compartido 07 Unidad habitacional..... 03 Vivienda móvil..... 08 Vivienda o cuarto en vecindad..... 04 Refugio..... 09 Vivienda o cuarto en la azotea..... 05 Vivienda en construcción no habitada... 10 Anexo a casa..... 05 Anexo, anexo o convento..... 11	
VI. Número de hogares 6. "Considerando que el hogar es un conjunto de personas que hacen vida en común dentro de una misma vivienda, unidos o no por parentesco, que comparten los gastos de manutención y preparan los alimentos en la misma cocina." SÍ EXISTE MAS DE UN HOGAR EN LA VIVIENDA SE DEBE OBTENER UN CUESTIONARIO POR CADA HOGAR. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda? [] [] [] ¿Cuántos hogares hay en su vivienda? incluyendo el suyo [] [] []		VIII. Datos de todos los integrantes del hogar No. 11. Digame el nombre y apellidos de todas las personas que forman parte de este hogar empezando por el jefe(a) del hogar y luego del mayor al menor de acuerdo a su edad. No divide incluir a los niños pequeños, a los adultos mayores y a las personas con discapacidad. <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR EL NÚMERO DE REGIÓN DEL INTEGRANTE DEL HOGAR QUE ES EL INFORMANTE ADECUADO. ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE TODAS LAS PERSONAS. VERIFICAR QUE EL NÚMERO DE INTEGRANTES ES EL MISMO QUE EL REGISTRADO EN LA PREGUNTA 7. Número de región	
VII. Identificación del hogar 7. ¿Cuántas personas forman parte de este hogar, contando a los niños pequeños, adultos mayores y personas con discapacidad? ANOTAR EL NÚMERO QUE LE INDUJEN LLENANDO CON CEROS A LA IZQUIERDA. SI SON MAS DE 10 PERSONAS UTILIZAR OTRO CUESTIONARIO CON LOS MISMOS FOLIOS EN LA CÁRÁTULA.		Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)	
8. Las personas que forman parte de este hogar, ¿Comparten gastos? <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. SI..... 1 No..... 2		01	
9. Las personas que forman parte de este hogar, ¿Habitán regularmente la misma vivienda en la que duermen, preparan y comparten sus alimentos? <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. SI..... 1 No..... 2 NOTA: SI LA RESPUESTA ES NO EN LA PREGUNTA 8 O 9, VERIFICAR LA RESPUESTA DE LAS PREGUNTAS 6 Y 7, DEBIDO A QUE LOS INTEGRANTES DEBEN COMPARTIR EL MISMO ESPACIO.		02	
10. ¿Tiene teléfono propio o alguno en el que le puedan dejar recado? ANOTAR TELEFONO SI..... 01 → ¿Cuál es? → [] No..... 02 □ Fijo □ Celular □ Recados No sabe/No responde..... 98 <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR EN EL RECUADRO LA OPCIÓN QUE LE INDUJEN		03	
3. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su edad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Credencial para votar vigente..... 01 Cartilla del Servicio Militar Nacional..... 02 Pasaporte vigente..... 03 Constancia de identidad, edad y residencia con fotografía, expedida por la autoridad municipal (LOCALIDADES DE HASTA 10,000 HABITANTES)..... 04 ALGUNA Formas migratorias..... 05 Cédula de identidad personal..... 06 Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)..... 07 Cédula profesional..... 08 Ninguna..... 99		04	
1. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su identidad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Credencial para votar vigente..... 01 Cartilla del Servicio Militar Nacional..... 02 Pasaporte vigente..... 03 Constancia de identidad, edad y residencia con fotografía, expedida por la autoridad municipal (LOCALIDADES DE HASTA 10,000 HABITANTES)..... 04 ALGUNA Formas migratorias..... 05 Cédula de identidad personal..... 06 Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)..... 07 Cédula profesional..... 08 Ninguna..... 99		05	
2. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su identidad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Clave Única de Registro de Población (CURP)..... 01 Acta de nacimiento..... 02 Ninguno..... 99		06	
1. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su identidad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Clave Única de Registro de Población (CURP)..... 01 Acta de nacimiento..... 02 Ninguno..... 99		07	
2. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su identidad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Clave Única de Registro de Población (CURP)..... 01 Acta de nacimiento..... 02 Ninguno..... 99		08	
3. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su identidad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Clave Única de Registro de Población (CURP)..... 01 Acta de nacimiento..... 02 Ninguno..... 99		09	
4. Documento oficial que presenta (INFORMANTE) para acreditar su identidad. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL FOLIO DEL DOCUMENTO, EN CASO DE NO EXISTIR FOLIO, <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR "NO TIENE". Clave Única de Registro de Población (CURP)..... 01 Acta de nacimiento..... 02 Ninguno..... 99		10	

México SEDESOL SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Contacto: Av. Paseo de la Reforma 116, Col Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal C.P. 06600.

Página 2 de 9

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Integrantes del hogar
VIII. Datos de todos los integrantes del hogar

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO		EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO		EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO		EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO			
VIII. Datos de todos los integrantes del hogar									
No.	Condición de residencia 12.	Parentesco 13.	Tiene CURP 14.	CURP 15.	Fecha de nacimiento 16.	Edad 17.	Sexo 18.	Lugar de nacimiento 19.	
	¿(NOMBRE)...? SELECCIONAR UNA DE LAS OPCIONES. PARA LAS OPCIONES 5 A 8 SOLO APLICA PARA LOS PROLEGISLOS RECONOCIDOS, RESILIACION Y VERIFICACION POSITIVAMENTE DE CONDICIONES SOCIOECONOMICAS. vive normalmente en su domicilio..... 1 vive en otro lugar porque está trabajando, estudiando o por otra razón..... 2 vive temporalmente en el domicilio porque no tiene otro lugar donde vivir..... 3 vive en el domicilio, aunque por ahora está en otro lugar..... 4 no existe esa persona..... 5 ya no vive en el hogar..... 6 se murió..... 7 migra..... 8	¿Qué parentesco tiene (NOMBRE) con (JEFE (A)) DEL HOGAR? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Jefe(a) del hogar.....01 Cónyuge o compañero(a).....02 Hijo(a).....03 Padre o madre.....04 Hermano(a).....05 Nieto(a).....06 Nuera o yerno.....07 Suegro(a).....08 Hijo(a) / nieto(a).....09 Sobrino(a).....10 Otro parentesco.....11 No tiene parentesco.....12	¿(NOMBRE) tiene CURP? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....1 Sí, pero no la tiene al momento de la encuesta.....2 No.....3	¿Cuál es la CURP de (NOMBRE)? SI LA CURP INCLUYE GERO, ANOTARLO CON EL SIGUIENTE FORMATO: # CURP	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? EN CASO DE QUE ESTÉN DISPONIBLES, COPIAR LOS DATOS DE LA CURP DE LA ACTA DE NACIMIENTO O DE ALGUN DOCUMENTO OFICIAL. DÍA MES AÑO	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? Menores de un año.....00 98 años o más.....98 EDAD O CÓDIGO	¿(NOMBRE) es hombre o mujer? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Hombre.....1 Mujer.....2	¿En qué estado de la República Mexicana nació (NOMBRE)? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. EN CASO DE QUE ESTÉN DISPONIBLES COPIAR LOS DATOS DE LA CURP. Aguascalientes.....01 Morelos.....37 Baja California.....02 Nayarit.....38 Baja California Sur.....03 Nuevo León.....39 Campeche.....04 Oaxaca.....40 Coahuila.....05 Puebla.....41 Colima.....06 Querétaro.....42 Chiapas.....07 Quintana Roo.....43 Chihuahua.....08 San Luis Potosí.....44 Distrito Federal.....09 Sinaloa.....45 Durango.....10 Sonora.....46 Guanajuato.....11 Tabasco.....47 Guerrero.....12 Tlaxcala.....48 Hidalgo.....13 Veracruz.....49 Jalisco.....14 Yucatán.....50 México.....15 Zacatecas.....51 Michoacán.....16 Extranjero.....33 → ¿Desde qué año (NOMBRE) reside en México? ↓ ESTADO DE NACIMIENTO AÑO RESIDENCIA	
01	<input type="checkbox"/>	Jefe(a) del Hogar	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
02	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
03	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
04	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
05	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
06	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
07	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
08	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
09	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		

Contacto:
Av. Paseo de la Reforma 116, Col. Juárez,
Delegación Cuauhtémoc,
Distrito Federal C.P. 06600,

Página 3 de 9

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Integrantes del hogar											
VIII. Datos de todos los integrantes del hogar			IX. Salud				X. Lengua y cultura indígena			XI. Educación	
No.	Acta de Nacimiento 20.	Padre en el hogar 21.	Madre en el hogar 22.	Derechabienencia 23.	Notivo derechabienencia 24.	Lengua 25.		Cultura 26.	Alfabetismo 27.	Nivel de escolaridad 28.	Asistencia a la escuela 29.
1	¿(NOMBRE) tiene acta de nacimiento? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....1 Si, pero no la tiene el momento de la encuesta.....2 No.....3	¿Vive el padre de (NOMBRE) en este hogar? Sí → ¿Quién es el padre? ANOTAR EL NÚMERO DE REGIÓN DONDE ESTÁ VIVIENDO No No vive en el hogar.....77 Ya no vive.....78 NS/NR.....98	¿Vive la madre de (NOMBRE) en este hogar? Sí → ¿Quién es la madre? ANOTAR EL NÚMERO DE REGIÓN DONDE ESTÁ VIVIENDO No No vive en el hogar.....77 Ya no vive.....78 NS/NR.....98	Actualmente ¿a qué institución está afiliado o inscrito (NOMBRE) para recibir atención médica? LEER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN. ACEPTAR HASTA 2 RESPUESTAS Seguro Popular (Incluye Seguro médico para una nueva generación).....01 → RESERVA 25 IMSS.....02 ISSSTE.....03 PRIMEY, Difensa o Marina.....04 Clínica u hospital privado.....05 A ninguna.....00 → RESERVA 25	¿(NOMBRE) está afiliado o inscrito a (INSTITUCIÓN) por...? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA DE ACUERDO A LA PREGUNTA 23. LEER TODAS LAS OPCIONES. Prestación en el trabajo.....01 Jubilación.....02 Invalidez.....03 Algún familiar en el hogar.....04 Muerte del asegurado.....05 Ser estudiante.....06 Contratación propia.....07 Algún familiar de otro hogar.....08 Apoyo del gobierno.....09	¿(NOMBRE) habla alguna lengua indígena? Sí → ¿Cuál? No NS/NR.....98 Ninguna.....99 PASAR A 27. Náhuatl.....01 Maya.....02 Zapoteco.....03 Mixteco.....04 Totonaca.....05 Tzeltal/Tzotzil.....06 Otomí.....07 Totonaca.....08 Mazateco.....09 Chol.....10 Huasteco.....11 Chinanteco.....12 Mazahua.....13 Mixe.....14 Otro (especificar).....14	¿(NOMBRE) también habla español? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....1 No.....2	De acuerdo con la cultura de (NOMBRE) ¿(Ella / Él) se considera indígena? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....01 No.....02 NS/NR.....98	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....01 No.....02 NS/NR.....98	¿Cuál fue el último nivel y grado que (NOMBRE) aprobó en la escuela? ANOTAR EL NIVEL Y LUEGO EL GRADO (NÚMERO DE AÑOS ESCOLARES APROBADOS) NIVEL Kinder o preescolar.....01 Primaria.....02 Secundaria Preparatoria o Bachillerato.....03 Normal básica.....04 Carrera técnica o comercial con primaria completa.....05 Carrera técnica o comercial con secundaria completa.....06 Carrera técnica o comercial con preparatoria completa.....07 Profesional.....08 Posgrado (maestría o doctorado).....09 Ninguno.....99 GRADO 1 año.....1 2 años.....2 3 años.....3 4 años.....4 5 años.....5 6 años.....6	¿Actualmente (NOMBRE) asiste a la escuela? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....1 → RESERVA 22 No.....2
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

Contacto:
 Av. Paseo de la Reforma 116, Col. Juárez,
 Delegación Cuauhtémoc,
 Distrito Federal C.F. 06600,

Página 4 de 9

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

		Integrantes del hogar											
XI. Educación		XII. Situación conyugal		XIII. Condición laboral									
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE 2 AÑOS CUATRICENIO O MÁS		DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE 12 AÑOS CUATRICENIO O MÁS		DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE 22 AÑOS CUATRICENIO O MÁS									
Abandono escolar		Estado civil		Cónyuge en el hogar	Condición de actividad	Verificación de condición de actividad	Posición en la ocupación	Tiempo de trabajo					
No.	31.	32.		33.	34.	35.	36.	37.	38.				
EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	Número de región	¿Cuál fue el motivo principal por el que (NOMBRE) dejó la escuela? NO LER LAS OPCIONES ESPERAR RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ANOTAR EL MOTIVO PRINCIPAL		Actualmente, ¿Cuál es el estado civil (situación conyugal) de (NOMBRE)? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		En este hogar, ¿vive la pareja o esposa(o) de (NOMBRE)? LEE TODAS LAS OPCIONES ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	El mes pasado (NOMBRE) realizó actividades como... ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	Durante el mes pasado (NOMBRE) realizó actividades como... LEE LAS OPCIONES DE A O A. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.		¿Cuál es la razón de que (NOMBRE) no haya trabajado el mes pasado? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. PARA TODAS LAS OPCIONES PASAR A 44.	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...? NO LER LAS OPCIONES Y ANOTAR LA OCUPACIÓN PRINCIPAL	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar... ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
		Concluyó sus estudios.....01		Vive en unión libre...01		Si → ¿Quién es?	Trabajó.....01	¿vender o hacer algún producto o realizar trabajos de albañilería, plomería, carpintería u otro?.....01	Se enfermó o estuvo incapacitado(a) para trabajar (temporalmente).....01	Se jubiló o pensionó.....02	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?	
		No alcanzó el dinero para mandarlo.....02		Es casado(a).....02		No → ¿Quién es? ANOTAR EL MOTIVO DE SEPARACIÓN DONDE ESTÁ LISTADO							Tenía trabajo pero no trabajó.....02
		Se necesitó su ayuda en el trabajo o en la casa.....03		Es separado(a).....03		PASAR A 34	Estudió y trabajó.....03	¿realizar algún servicio o cambio de un pago (cortar el cablelo, dar clase, lavar ropa ajena, u otro)?.....01	PASAR A 27	Estuvo cuidando a persona (niños/as, personas adultas mayores, personas con discapacidad, enfermas).....03	Estuvo cuidando a persona (niños/as, personas adultas mayores, personas con discapacidad, enfermas).....03	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?
		Tuvo que quedarse en casa para cuidar a otras personas.....04		Es divorciado(a).....04									
		No le gusta la escuela.....05		Es viudo(a).....05		PASAR A 34	Buscó trabajo.....05	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Enfermedad crónica, discapacidad o invalidez (permanente).....05	Enfermedad crónica, discapacidad o invalidez (permanente).....05	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?
		No hay escuela en el lugar donde vive o la escuela está muy lejos.....07		Es soltero(a).....06									
		Se casó o por maternidad/paternidad.....08		PASAR A 40		NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Edad avanzada.....06	Edad avanzada.....06	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?
		Nunca ha ido a la escuela.....09											
		No aprobó varias materias.....10				NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Edad avanzada.....06	Edad avanzada.....06	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?
		Ambiente inseguro en la escuela y alrededores.....11											
Sus compañeros lo molestaban mucho.....12				NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Edad avanzada.....06	Edad avanzada.....06	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?		
Sus padres ya no quisieron que siguiera estudiando.....13												NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07
No lo aceptaron en la escuela.....14				NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Edad avanzada.....06	Edad avanzada.....06	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?		
No había clases.....15												NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07
Otra causa.....16				NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Edad avanzada.....06	Edad avanzada.....06	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?		
No sabe/No responde.....98												NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07
				NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07	¿realizar actividades agrícolas por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	PASAR A 27	Edad avanzada.....06	Edad avanzada.....06	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...?	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...?		
												NS/NR..... 98	Realizó quehaceres domésticos. 07



Contacto:
Av. Paseo de la Reforma 116, Cd. Juárez,
Delegación Cuauhtémoc,
Distrito Federal. C.P. 06600.

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Integrantes del hogar																					
XIII. Condición laboral								XIV. Jubilación o pensión		XV. Otros apoyos	XVI. Adultos mayores										
DÍGOS DE INE CUARNTOS DE 12 MESES CONTIGUOS O SIMILARES								DÍGOS DE INE CUARNTOS DE 12 MESES CONTIGUOS O SIMILARES		DÍGOS DE INE CUARNTOS DE 12 MESES CONTIGUOS O SIMILARES	DÍGOS DE INE CUARNTOS DE 12 MESES CONTIGUOS O SIMILARES										
No.	39. Tiempo de trabajo	40. Trabajo subordinado	41. Actividad por su cuenta	42. Prestaciones laborales				43. Forma de ingreso	44. Ingreso por trabajo		45. Ingreso por trabajo	46. Seguros voluntarios		47. Jubilación		48. Otros apoyos		49. Adultos mayores			
No.	39.	40.	41.	42.				43.	44.		45.	46.		47.		48.		49.			
	¿Cuál es el motivo por el que (NOMBRE) no trabaja todo el año? ANOTAR SOLO UNA RESPUESTA. Sólo trabaja cuando le llaman solicitan sus servicios.....01 Sólo trabaja en periodos vacacionales/ Porque asiste a la escuela.....02 No necesita trabajar todo el año.....03 Sólo cuando inculcencia o tiene trabajo.....04 Sólo en tiempo festivo/ cosecha.....05 Por motivos familiares.....06 No le interesa trabajar todo el año.....07 Dtro.....08 No sabe/No responde..08	En su trabajo principal del mes pasado (NOMBRE) tuvo un(a) jefe(a) o supervisor(a)? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí..... 01 → PASAR A 42. No..... 02	Entonces en el trabajo principal del mes pasado de (NOMBRE) ¿se dedicó a un negocio o actividad por su cuenta? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí..... 01 No..... 02	(NOMBRE) En su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado? LEER DE LA OPCIÓN "A" A LA "H". [] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS. A. Inapacidad por enfermedad, accidente o maternidad? B. SAR o Afore? C. Crédito para vivienda? D. Guardería? E. Aguinaldo? F. Seguro de vida? G. No tiene derecho a ninguna de estas prestaciones. H. No sabe/No responde				En su trabajo principal del mes pasado (NOMBRE) recibió un pago? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí..... 01 No..... 02 ↓ PASAR A 44.	¿Cuánto dinero recibe (NOMBRE) por su trabajo principal del mes pasado? ANOTAR LA CANTIDAD DE DERECHA A QUE QUERDA EN PESOS Y SIN CENTAVOS. ANOTAR PRODD O GANA \$8000 O MÁS. ANOTAR 99999 SI NO SABE O NO RESPONDE Y PASAR A 44.		Diario..... 1 Cada semana..... 2 Cada 15 días..... 3 Cada mes..... 4 Cada año..... 5	¿(NOMBRE) cada cuánto recibe esa cantidad? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Diario..... 1 Cada semana..... 2 Cada 15 días..... 3 Cada mes..... 4 Cada año..... 5	¿Tiene (NOMBRE) contratado voluntariamente... LEER DE LA OPCIÓN "A" A LA "E". [] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS. A. SAR, Afore o fondo de pensiones? B. Seguro privado de gastos médicos? C. Seguro de vida? D. Seguro de invalidez? E. Otro tipo de seguro? F. Ninguno de los anteriores. G. No sabe/No responde	¿(NOMBRE) es jubilado o pensionado? Sí..... 01 No..... 02 NS/NR..... 08 } PASAR A 48.		¿(NOMBRE) recibe dinero por... A. Jubilación o pensión dentro del país? B. Jubilación o pensión proveniente de otro país? Sí..... 01 No..... 02		¿(NOMBRE) tiene tarjeta del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)? Sí..... 01 No..... 02 NS/NR..... 08		¿(NOMBRE) recibe dinero por... DE MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS. A. Programa Pensión para Adultos Mayores? B. Componente de apoyo para Adultos Mayores del Programa PROSPERA? C. Otros Programas para Adultos Mayores (Estatal o Municipal)? D. Ninguno. E. No sabe/No responde	
				A	B	C	D	E	F	G	H		A	B	C	D	E	F	G		
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					



Contacto:
Av. Paseo de la Reforma 116, Col. Juárez,
Delegación Cuauhtémoc
Distrito Federal, C.P. 06600.

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

XVIII. Salud en el hogar

51. ¿A algún integrante del hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico?
LEER TODAS LAS OPCIONES (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INGRESO.)

	SI	¿Qué?	I	II	NO
			ANOTAR EL RANGO DE INTEGRANTE (OPCIONALMENTE)		
A. Artritis.....	1	→			2
B. Cáncer.....	1	→			2
C. Cirrosis.....	1	→			2
D. Deficiencia renal.....	1	→			2
E. Diabetes.....	1	→			2
F. Enfermedades del corazón.....	1	→			2
G. Enfermedad pulmonar.....	1	→			2
H. VIH.....	1	→			2
I. Deficiencia nutricional (anemia/desnutrición).....	1	→			2
J. Hipertensión.....	1	→			2
K. Obesidad.....	1	→			2

52. ¿Algún integrante del hogar tiene limitación para...
LEER TODAS LAS OPCIONES (MARCAR LAS QUE LE INTERESEN.)

	SI	NO
A. caminar, moverse, subir o bajar escaleras?.....	1	2
B. ver, o sólo ve sombras aún usando lentes?.....	1	2
C. hablar, comunicarse o conversar?.....	1	2
D. oír, aún usando aparato auditivo?.....	1	2
E. vestirse, bañarse o comer, desplazarse a otras de ciudad persona?.....	1	2
F. poner atención, aprender cosas sencillas o concentrarse?.....	1	2

ANOTAR EL RANGO DE INTEGRANTE, GRADO Y ORIGEN DE LA LIMITACIÓN. ACEPTA HASTA 2 INTEGRANTES.

GRADO DE LIMITACIÓN	I		
	RANGO DE INTEGRANTE	GRADO DE LIMITACIÓN	ORIGEN DE LA LIMITACIÓN
A			
B			
C			
D			
E			
F			
ORIGEN DE LA LIMITACIÓN	II		
	RANGO DE INTEGRANTE	GRADO DE LIMITACIÓN	ORIGEN DE LA LIMITACIÓN
A			
B			
C			
D			
E			
F			



Datos del hogar

XVIII. Salud en el hogar

53. Cuando tienen problemas de salud ¿en dónde se atienden los integrantes del hogar?
ANOTAR HASTA 2 RESPUESTAS

Centro de salud, Hospital o Instituto de la Secretaría de Salud.....	01
ISSSTE.....	02
ISSS-PROSPERA.....	03
ISSSTE.....	04
Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF).....	05
Consultorio y/o hospital privado.....	06
Consultorio de farmacia.....	07
Curandero, herbero, comadrona, brujo.....	08
Se automedica.....	09
Otro.....	10
No se atienden.....	11
No sabe/No responde.....	98

XIX. Trabajo no remunerado

54. ¿Quién realiza regularmente las siguientes actividades?
ANOTAR EL RANGO DEL INTEGRANTE O LOS CÓDIGOS 95, 96, 97 O 98 SEGÚN CORRESPONDA. ACEPTA HASTA 2 INTEGRANTES.

	I	II
A. Cuidar sin pago y de manera exclusiva a niños, enfermos, adultos mayores o discapacitados.....		
B. Trabajo comunitario o voluntario.....		
C. Reparaciones a la vivienda, aparatos domésticos o vehículos.....		
D. Realizar el quehacer de su hogar.....		
E. Acosar agua o leña.....		
Todos los integrantes del hogar.....	95	
No se realiza la actividad.....	96	
Persona que no pertenece al hogar.....	97	
No sabe/No responde.....	98	

XX. Otros ingresos del hogar

55. ¿En este hogar vive algún integrante que sea...
(MARCAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN PARA CADA INGRESO.)

	¿Quién? ANOTAR EL RANGO DEL INTEGRANTE	¿Cuánto gana mensualmente?
A. maestro(a) de escuela (no eventual) de cualquier orden de gobierno (Municipal, Estatal o Federal)?.....	→	
B. dueño de una tienda?.....	→	
C. dueño de algún negocio?.....	→	
D. arrendatario de algún transporte?.....	→	
E. doctor(a) o enfermera (no eventual) de cualquier orden de gobierno (Municipal, Estatal, Federal)?.....	→	
F. servidor público (no eventual) de cualquier orden de gobierno (Municipal, Estatal, Federal)?.....	→	
G. ninguna de las anteriores.....		

XXI. Remesas

56. ¿Alguien en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?
(MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

SI..... 1
NO..... 2

XXII. Gasto y consumo

57. Regularmente en un mes ¿cuánto gasta su hogar en...
ANOTAR LA CANTIDAD EN PESOS, DE DIEZ CÉNTAVOS A LA IZQUIERDA, SIN CÉNTAVOS O LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INGRESO.

No gastó..... 0
No sabe/No responde..... 99999

A. la compra de alimentos, bebidas?..... \$ [] [] [] [] [] pesos
(cereales, carnes, pescados y mariscos, leche, huevo, aceite, verduras, leguminosas, frutas, azúcar, chocolate)

B. la compra o reparación de vestido o calzado?..... \$ [] [] [] [] [] pesos

C. la compra de artículos y servicios de educación?..... \$ [] [] [] [] [] pesos
(inscripción, colegiatura, útiles escolares, etc.)

XXIII. Seguridad alimentaria

58. ¿Cuántas comidas al día acostumbran a hacer los miembros de este hogar? (desayuno, almuerzo, comida y cena)
ANOTAR LA CANTIDAD DE COMIDAS AL DÍA EN CASO DE NO SABER (MARCAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE)

[] cantidad No sabe/No responde..... []

59. ¿Con qué frecuencia consume por semana...?
LEER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR PARA CADA INGRESO.

	Frecuencia
Darle.....	1
3 o 4 veces por semana.....	2
2 veces por semana.....	3
Delo 1 vez por semana.....	4
Nunca o casi nunca.....	6

Alimentos

A. Cereales y tubérculos.....	[]	E. Carne y huevo.....	[]
B. Verduras.....	[]	F. Lácteos.....	[]
C. Frutas.....	[]	G. Alimentos altos en grasa y/o azúcar.....	[]
D. Leguminosas.....	[]		

60. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto (integrante de 18 años o más)...
(MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INGRESO.)

	SI	NO
A. tuvieron una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?.....	1	2
B. dejaron de desayunar, comer o cenar?.....	1	2
C. comieron menos de lo que usted piensan debieron comer?.....	1	2
D. se quedaron sin comida?.....	1	2
E. sintieron hambre pero no comieron?.....	1	2
F. sólo comieron una vez al día o dejaron de comer todo un día?.....	1	2

61. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar...
(MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INGRESO.)
NO HAY MENORES DE 18 AÑOS → **ANSARA 62.**

	SI	NO
A. tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?.....	1	2
B. comió menos de lo que debía?.....	1	2
C. tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas?.....	1	2
D. sintió hambre pero no comió?.....	1	2
E. se acostó con hambre?.....	1	2
F. comió una vez al día o dejó de comer todo un día?.....	1	2

CONTACTO:
Av. Paseo de la Reforma 116, Col. Juárez,
Delegación Cuauhtémoc,
Distrito Federal C.F. 06400.

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO											
Datos del hogar														
<p>XXIII. Seguridad alimentaria</p> <p>62. ¿Acostumbran decir usar los integrantes menores de 12 años de este hogar? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. NO HAY MENORES DE 12 AÑOS → PASAR A 63.</p> <p>Si 01 → ¿En dónde? → En el hogar propio o con algún familiar o conocido... 01 En la escuela, escuela, o guardería..... 02 Otro lugar 03</p> <p>No 02 → ¿Por qué? → No lo acostumbra..... 01 No le da hambre..... 02 No le alcanza el tiempo 03 No le alcanza el dinero 04</p> <p>NS/NR 98</p>	<p>XXIV. Características de la vivienda</p> <p>70. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Material de desecho (cartón, hule, tela, lantitas, etc.)..... 01 Lámina de cartón 02 Lámina metálica 03 Lámina de asbesto 04 Paja o paja 05 Madera o tejamanil..... 06 Tejado con viguería 07 Teja 08 Losa de concreto o viguerías con bovedilla 09</p> <p>71. ¿Al menos un techo de los cuartos presenta flexión y/o fracturas, o está en riesgo de caerse? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Si 1 No 2</p> <p>72. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Material de desecho (cartón, hule, tela, lantitas, leña, etc.)..... 01 Lámina de cartón 02 Lámina metálica o de asbesto..... 03 Carro, bambú o palma 04 Imbarro o bajaque 05 Madera 06 Adobe 07 Tabique, ladrillo, block, piedra o concreto..... 08</p> <p>73. ¿Algún muro de la vivienda presenta grietas o fisuras mayores a 1 cm. de grosor, o está en riesgo de caerse? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Si 1 No 2</p> <p>74. ¿Qué tipo de baño o escusado tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Con conexión de agua/Con descarga directa de agua..... 01 Le achas agua con cubeta 02 Sin admisión de agua (letrina seca o húmeda)..... 03 Foso u hoyo negro..... 04 No tiene 07 → PASAR A 77.</p> <p>75. ¿El baño o escusado de su vivienda fue otorgado por algún programa gubernamental (Federal, Estatal o Municipal)? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Si 1 No 2</p> <p>76. ¿El baño o escusado es para uso exclusivo de los habitantes de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Si 1 No 2</p>	<p>XXV. Características de la vivienda</p> <p>77. En esta vivienda tienen ... <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Agua entubada dentro de la vivienda..... 01 Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno..... 02 Agua entubada de llave pública (o hidrante)..... 03 Agua entubada que acarrea de otra vivienda..... 04 Agua de pipe..... 05 Agua de un pozo, río, lago, arroyo 06 Agua captada de lluvia u otro medio..... 07</p> <p>78. ¿Qué tratamiento le dan al agua para beberla? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS.</p> <p>A. La beben sin ningún tratamiento previo <input type="checkbox"/> B. La hierven <input type="checkbox"/> C. Le añaden <input type="checkbox"/> D. Usan un filtro <input type="checkbox"/> E. Compran agua embotellada o en garrafón..... <input type="checkbox"/> F. Otro..... <input type="checkbox"/> Especificar _____</p> <p>79. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>A la república..... 01 A una fosa séptica..... 02 A una tubería que da a una grieta o barranca 03 A una tubería que da a un río, lago o mar..... 04 No tiene desagüe ni drenaje 07</p> <p>80. En su vivienda ¿Qué hacen con la basura? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>La tiran en un contenedor, la recoge un camión o carrito de basura..... 01 La queman..... 02 La entierran..... 03 La tiran en el basurero público..... 04 La tiran en un terreno baldío o calle..... 05 La tiran al río, lago, mar o barranca..... 06</p> <p>81. ¿Cuál es el combustible que más usan para cocinar? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <p>Gas de cilindro o tanque..... 01 Gas natural o de tubería 02 Electricidad..... 03 Otro combustible 04 Leña o carbón 05</p> <p>82. ¿Qué aparato usa para cocinar? <input type="checkbox"/> MARCHAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Dentro de la vivienda</th> <th style="text-align: center;">Fuera de la vivienda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fogón de leña o carbón con chimenea.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fogón de leña o carbón sin chimenea.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fogón ecológico de leña o carbón con chimenea.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda	Fogón de leña o carbón con chimenea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fogón de leña o carbón sin chimenea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fogón ecológico de leña o carbón con chimenea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda												
Fogón de leña o carbón con chimenea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Fogón de leña o carbón sin chimenea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Fogón ecológico de leña o carbón con chimenea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p style="text-align: right;">Contacto: Av. Paseo de la Reforma 116, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc Distrito Federal C.F. 06600,</p> <p style="text-align: right;">Página 8 de 9</p>														
EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO	EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO											

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO



EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

XXIV. Características de la vivienda

83. ¿En su hogar tiene y sirve? (MARCAR LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS RESPUESTAS QUE LE INDUQUEN PARA CADA UNO DE LOS INCISOS. SI TIENE, ¿TIENE? SI NO, ¿CÓMO SE TIENE? PRECISAR SI SIRVE)

	SI	NO	SI	NO
A. Refrigerador.....	1	2	1	2
B. Lavadora automática.....	1	2	1	2
C. VHS, DVD, BLURAY.....	1	2	1	2
D. Vehículo (auto, camioneta o camion).....	1	2	1	2
E. Teléfono (fijo).....	1	2	1	2
F. Horno (microondas o eléctrico).....	1	2	1	2
G. Computadora.....	1	2	1	2

¿La computadora fue otorgada por algún programa gubernamental (Federal, Estatal o Municipal)?..... 1 2

H. Estufa / parrilla de gas..... 1 2 1 2

I. Calentador de agua/ boiler (gas o solar)..... 1 2 1 2

J. Internet..... 1 2 1 2

K. Teléfono celular..... 1 2 1 2

L. Aparato de televisión..... 1 2 1 2

M. Aparato de televisión digital..... 1 2 1 2

N. Servicio de televisión de paga (antena parabólica, SKY o TV por cable)..... 1 2 1 2

O. Timero..... 1 2 1 2

P. Aparato para regular la temperatura (ventilador, enfriador, clima, calefactor)..... 1 2 1 2

84. En su vivienda ¿la luz eléctrica la obtienen... (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

del servicio público?..... 01

de una planta particular?..... 02

de panel solar?..... 03

de otra fuente?..... 04

no tienen luz eléctrica?..... 06

85. ¿La vivienda que habita es... (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

propia y totalmente pagada?..... 01

propia y la está pagando?..... 02

propia y está hipotecada?..... 03

rentada o alquilada?..... 04

prestada o la está cuidando?..... 05

interesada o está en litigio?..... 06

86. Indique si integrante del hogar que tiene a su nombre las escrituras... (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO. ACEPTA HASTA 3 RESPUESTAS. SI ANOTA EL NÚMERO DE RENGLÓN O LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL NÚMERO DE RENGLÓN)

Asociación ejidal..... 96

No tiene escrituras..... 97

Integrante: [] []

87. La vivienda tiene... (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO)

	SI	NO	¿LA RESPUESTA ES PARA "SI" Y "NO" ANOTAR EL ÁREA	
A. Dos o más niveles.....	1	2	ÁREA	m ²
B. Capacidad disponible para construcción o uso.....	1	2	ÁREA	m ²
C. Local anexo.....	1	2	ÁREA	m ²

XXV. Posesión de bienes productivos

88. ¿Alguna persona del hogar posee o utilizó en los últimos 12 meses tierras para la agricultura o aprovechamiento forestal? (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

SI..... 01

No..... 02

No sabe/ No responde..... 98

89. ¿Las tierras pertenecen a algún integrante del hogar (propias)? ANOTAR EL NÚMERO DE RENGLÓN

Integrante: [] []

No y pertenecen a ningún integrante..... 95

Asociación ejidal..... 96

No tiene escrituras..... 97

90. ¿Qué productos cultiva? (MARCAR TODOS LOS CULTIVOS QUE LE INDUQUEN)

Maíz.....	[]	Jitomate.....	[]	Aguate.....	[]
Frijol.....	[]	Cililo.....	[]	Frijoles.....	[]
Cereales.....	[]	Limón.....	[]	Cere.....	[]
Frutales.....	[]	Papa.....	[]	Ninguna.....	[]
Caña de azúcar.....	[]	Café.....	[]		

91. ¿Para cultivar utiliza... (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO)

	SI	NO
A. Sistema de riego.....	1	2
B. Maquinaria (tractor y/u otros).....	1	2
C. Ayuda de animales.....	1	2
D. Compostos/ fertilizantes orgánicos.....	1	2
E. Fertilizantes químicos.....	1	2
F. Flaguicidas.....	1	2

92. ¿En el hogar se emplea la hidroponía o la agricultura de trabajo (huertos) para el cultivo de productos? (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

SI..... 1

No..... 2

93. ¿Tienen en este hogar para trabajo y/o consumo... (ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO. EN CASO DE NO TENER (MARCAR "NO TIENE")

¿Cuántos?

A. caballos?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
B. burros y mulas?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
C. bueyes?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
D. chivos, cabras y borregos?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
E. vacas y vacas?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
F. gallinas y guajolotes (aves)?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
G. cerdos?.....	[]	[]	[]	NO TIENE
H. conejos?.....	[]	[]	[]	NO TIENE

XXVI. Proyectos productivos

94. ¿A algún integrante de este hogar le gustaría realizar un proyecto productivo o de servicio? (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

SI..... 01

No..... 02

NS/NR..... 98

¿Qué tipo de proyecto productivo o de servicio le gustaría llevar a cabo? (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTAR VARIAS RESPUESTAS)

ANOTAR EL RENGLÓN DE INTERÉS SI TIENE. ¿GUSTARÍA REALIZAR UN PROYECTO?

Agricultura, cría y explotación de animales, aprovechamiento forestal, pesca y caza..... []

Manufactura (elaboración de productos)..... []

Comercio (compra-venta de bienes)..... []

Transporte (mercancías o personas)..... []

Servicios profesionales, científicos y/o técnicos (oficios)..... []

Servicios educativos (capacitación)..... []

Servicios de salud y de asistencia social (confermería, cuidado de personas)..... []

Servicios de esparcimiento, culturales y deportivos, y otros servicios recreativos..... []

Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas..... []

Servicios de telecomunicaciones (café internet, casetas telefónicas)..... []

Otro..... []

Especificar []

XXVII. Resultado de la encuesta

95. ¿La información de la encuesta fue obtenida a través de un traductor? (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

SI..... 1

No..... 2

CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA

Completa.....	01	Defunción del integrante.....	08
Incompleta.....	02	Vivienda no visitada.....	07
Se negó a dar información.....	03	Problemas políticos, sociales o climáticos.....	09
Informante inadecuado.....	04	Asentado/a de zona temporal.....	10
No se localizó en casa.....	05	Vivienda desocupada.....	11
No se localizó la vivienda en la localidad.....	06		

VISITA DEL ENCUESTADOR	1	2
CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA	[]	[]
HORA DE TÉRMINO	[] : []	[] : []

OBSERVACIONES []

[] NINGUNO

FECHA Y NOMBRE COMPLETO DEL ENCUESTADOR

Proporcionar información sobre cobertura. Para, con el propósito de recibir información, los apoyos y servicios contenidos en los programas de desarrollo social, así como de supervisión o apoyo de los programas.

Dejo mi consentimiento para que mis datos personales puedan ser consultados por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en su calidad de artículo 38 del Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social, que se otorga en caso que sea autorizado para su consulta, su uso y su transmisión de los datos personales de los beneficiarios de los programas de desarrollo social, en cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Los datos serán incorporados y procesados en el Sistema de Consulta de Desarrollo Social (SCDS) y, en su caso, el Padrón Único de Beneficiarios, administrados por la Dirección General de Consulta y Padrón de Beneficiarios de la SEDESOL, que garantizará la protección de datos personales y los usuarios de información podrán realizar solicitudes de acceso y rectificación de sus datos, en cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

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

Pueda digitalizar el resultado



MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



SEDESOL
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Anexo 5 Indicadores

Propósito			
Indicador	Método de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición
Porcentaje de jefas de familia en situación de pobreza o de vulnerabilidad social (de acuerdo a la medición multidimensional de la pobreza) que cuentan con un esquema de aseguramiento.	(Número de jefas de familia con pre-registro / Total de madres jefas de familia que están en situación de pobreza o de vulnerabilidad social) x 100	Porcentaje	Bienal
Porcentaje de beneficiarios que concluyeron su nivel educativo en tiempo y forma	(Beneficiarios de entre 6 y 23 años de edad que durante este año, concluyeron en tiempo y forma el nivel educativo en el que cursaban al momento de ingresar al programa / Personas de 6 a 23 años de edad que han sido beneficiadas y de las cuales se esperaba que en el año en curso concluyeran el nivel educativo en el que cursaban al momento de ingresar al programa) x 100	Porcentaje	Anual
Componente			
Indicador	Método de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición
Proporción de pre-registros entregados en función de la población de jefas de familia en situación de pobreza o vulnerabilidad.	(Total de pre-registros de afiliación al SVJF entregados en el periodo / Total de población de jefas de familia en situación de pobreza o vulnerabilidad social) x 100	Porcentaje	Trimestral

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA