

TERCERA 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 2015.

Incluye las modificaciones publicadas el 6 de julio del 2015 en el Diario Oficial de la Federación. Las leyendas de modificación se encuentran en azul para su mejor identificación.

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

MARÍA DEL ROSARIO ROBLES BERLANGA, Secretaria 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 el artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone que la Cámara de Diputados podrá señalar en el Presupuesto de Egresos de la Federación, 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, que en el Presupuesto de Egresos se señalarán 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, 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. Los recursos de dichos programas se ejercerán conforme a las Reglas de Operación emitidas y las demás disposiciones vigentes aplicables;

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 el 27 de diciembre de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación 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;

Que en términos de lo dispuesto en el artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, se cuenta con el oficio número 312.A.-000860 de fecha 11 de marzo de 2015, mediante el cual, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público emitió la autorización presupuestaria correspondiente a las modificaciones a las Reglas de Operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, y

Que la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, mediante oficio COFEME/15/1090 de fecha 8 de abril de 2015, ha emitido el dictamen regulatorio correspondiente, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICA EL DIVERSO 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

ÚNICO.- SE MODIFICAN los numerales 3.6.3 Corresponsabilidades, segundo párrafo; 11. Enfoque de Derechos, último párrafo; y SE ADICIONA al numeral 11. Enfoque de Derechos, un segundo párrafo, recorriéndose el actual segundo párrafo para ser tercero de las Reglas de Operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia para el ejercicio fiscal 2015, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2014, para quedar como sigue:

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2015

ÚNICO: Se emiten las reglas de operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, para el ejercicio fiscal 2015.

TRANSITORIOS

ÚNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 24 días del mes de junio de 2015.- La Secretaria de Desarrollo Social, **María del Rosario Robles Berlanga**.- Rúbrica.

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2015**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 o podrían verse en la necesidad de trabajar y abandonar su educación, situaciones que en el corto y largo plazos pueden agravar su condición de pobreza.

El Programa contribuye a disminuir la vulnerabilidad social 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 vulnerabilidad 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 vulnerabilidad social a un seguro de vida.

2.2 Objetivo Específico

Asegurar a las jefas de familia en condición de vulnerabilidad social, de modo que en caso de que fallezcan se incentive el ingreso y/o permanencia de sus hijas e hijos de hasta 23 años de edad en el sistema escolar.

3. Lineamientos

3.1 Cobertura

El Programa tendrá 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 atenderán a los hogares y sus integrantes que se encuentren en situación de pobreza extrema de alimentación, evaluados e identificados a partir de la información socioeconómica integrada al SIFODE. Lo anterior, con base en los Lineamientos de Evaluación de Condiciones Socioeconómicas de los Hogares de la Sedesol y disponibles en la dirección: www.sedesol.gob.mx.

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, 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, así como 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 del Programa Nacional 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 en situación de vulnerabilidad social.

3.2.1 Población Atendida

Niñas, niños, adolescentes y jóvenes de hasta 23 años de edad (un día antes de cumplir los 24 años), en condición de orfandad materna y que se encuentren cursando estudios en el sistema educativo nacional, así como las y los de 0 a 5 años, 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 condiciones de vulnerabilidad social y estar interesada en recibir los apoyos del Programa.</p>	<p>1 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>La Delegación 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 registro.</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 compulsar 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. <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, el cual será sometido a opinión del Comité Técnico.</p> <p>1c. Entregar una copia legible y presentar en original para compulsar 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</p>

	<p>discapacidad, se deberá entregar copia legible y presentar original para compulsar, del certificado médico expedido por instituciones de salud del gobierno federal, estatal o municipal en el que se especifique el tipo de discapacidad que padezca.</p> <p>1f. Presentar la solicitud que acredita el Pre registro de la jefa de familia al Programa, entregada a la madre conforme a lo que se especifica en el numeral 4.2.3 de las presentes Reglas.</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 compulsar de 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, el cual será sometido a opinión del Comité Técnico del programa.</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. Presentar la solicitud que acredita el Pre registro de la jefa de familia al Programa, entregada a la madre conforme a lo que se especifica en el numeral 4.2.3 de las presentes</p>

	<p>Reglas de Operación.</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 el Anexo 3 Incorporación-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 y del Programa de Apoyo Alimentario 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) 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 del DIF o autoridad competente.
- d) 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, establecidos en el inciso c) del 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.

- e) 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.
- f) Para el caso de menores en orfandad de entre cero y 5 años, se brindará el apoyo económico del programa, sin que sea obligatorio cubrir el requisito de estar estudiando en el sistema escolarizado.

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 0 años y hasta preescolar	\$315.00
Primaria	\$525.00
Secundaria	\$735.00
Media superior	\$945.00
Superior	\$1,050.00 y hasta \$1,942.50 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.

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.

3.6 Derechos, Obligaciones, Corresponsabilidades y Suspensión de los Apoyos

3.6.1. Derechos

Las personas beneficiarias del Programa tienen derecho a:

- Recibir un trato digno, respetuoso, oportuno, con calidad y equitativo, sin discriminación alguna
- Solicitar y recibir gratuitamente información clara, sencilla y oportuna acerca de la operación del Programa
- 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
- Recibir atención oportuna a sus solicitudes, quejas y sugerencias
- La reserva y privacidad de su información personal

3.6.2. Obligaciones

Las personas beneficiarias 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 anticipación por la Unidad Responsable del Programa. 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 y 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.

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, 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	
	Tetramestre	1 vez al año	
Sistema Abierto y Educación para Adultos		Cada 2 meses	

Párrafo modificado DOF 06/07/2015

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 Unidad Responsable del Programa. El requerimiento se realizará a través de avisos en la página electrónica de la Secretaría y en las mesas de atención del Programa, con al menos un mes de anticipación.

3.6.4. Suspensión de los Apoyos

Los apoyos monetarios se podrán suspender por tiempo indefinido o definitivamente. Las familias beneficiarias con suspensión de 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 la siguiente ocasión que se instale la Mesa de Atención que le corresponda. 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 Unidad Responsable del Programa 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:

- a) Cuando 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 Unidad Responsable del Programa, en los términos de la Ley de Instituciones de Crédito.
- b) No presentar la constancia de estudios que acredite la inscripción o avance educativo en los periodos establecidos, en dos ocasiones consecutivas.
- c) 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 Unidad Responsable del Programa, en dos ocasiones consecutivas.
- 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.

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 Unidad Responsable del Programa 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 Unidad Responsable del Programa 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 Unidad Responsable del Programa y las Delegaciones. Asimismo, en el ámbito de su competencia, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional), a través de los Procuradores de la Defensa del Menor, y la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

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) Un presidente, quien será el Subsecretario de Desarrollo Social y Humano;
- b) Un secretario, quien será el titular de la Unidad Responsables del Programa;
- 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) El Titular del Órgano Interno de Control, que fungirá como invitado.

Cada uno de los integrantes nombrará un suplente permanente y mediante oficio por sesión, en caso de que éste cambie.

El cargo otorgado dentro del Comité será honorífico.

Los integrantes tendrán voz y voto, con excepción del representante del Órgano Interno de Control y el Secretario, quienes sólo tendrán voz.

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

El Secretario 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.

Previo aprobación de los miembros del Comité, el Secretario, 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 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 Unidad Responsable del Programa 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. El fideicomiso deberá rendir informes periódicos al Comité Técnico 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 Unidad Responsable del Programa 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/Lineamientos_PDSH.pdf

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 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 Unidad Responsable del Programa, 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 las Mesas de Atención y presentar la solicitud de pre registro al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia (Anexo 2). Al presentar su solicitud las jefas de familia deberán cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 3.3.1 de estas Reglas.

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 copia 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 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 no cumplir 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 con la información proporcionada por el informante.

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 notificará sobre el resultado de verificación de los criterios del 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 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.

4.2.5 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.

Para los efectos de lo establecido en los numerales 4.2.5.1 y 4.2.5.2, la entrega de los apoyos se hará de acuerdo con lo que determinen las Reglas de Operación y el Contrato de Fideicomiso.

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 al promotor en la Mesa de Atención su nombre y folio de persona beneficiaria que se encuentra en el Formato de Incorporación 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 45 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, el 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.

4.3 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 6.32% del presupuesto asignado al Programa.

4.4 Registro de Operaciones

4.4.1. Avances Financieros

La Unidad Responsable del Programa 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 Unidad Responsable del Programa 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 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), 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 Programa Anual de Evaluación, se podrán llevar a cabo las evaluaciones que se consideren apropiadas conforme a las necesidades del Programa y los recursos disponibles, las cuales también serán coordinadas por la DGEMPS.

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. La información correspondiente a estos indicadores será reportada por la Unidad Responsable del Programa a la Dirección General de Seguimiento para la integración de los informes correspondientes.

La totalidad de los indicadores de la MIR se encuentran disponibles para su consulta en la siguiente liga:

http://www.sedesol.gob.mx/es/Sedesol/Matrices_de_Indicadores_para_Resultados_de_los_Programas_Sociales

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 de la operación del Programa, así como para la integración de informes, la Dirección General de Seguimiento llevará a cabo el seguimiento a la operación y ejercicio de los recursos asignados al Programa y, en coordinación con la Unidad Responsable, a los resultados, indicadores y metas alcanzadas. Asimismo participará en el seguimiento a las acciones en las entidades federativas, en coordinación con la Unidad Responsable del programa y las Delegaciones de la SEDESOL.

7.2 Control y Auditoría

Los ejecutores serán responsables de la supervisión directa de las obras o acciones, así como de verificar que en su ejecución se cumpla con la normatividad aplicable mientras que las Delegaciones de la SEDESOL en las entidades federativas serán responsables de verificar la correcta terminación y entrega de las obras 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, efectuará el seguimiento y la atención de las observaciones planteadas. La inobservancia de esta disposición, independientemente de las sanciones a que hubiere lugar, limitará 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 Secretaría: <http://normateca.sedesol.gob.mx>, 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 2015, 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 por la Secretaría de la Función Pública en materia de Contraloría Social, conforme a 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 y que puede consultarse en el portal <http://www.funcionpublica.gob.mx/index.php/ua/scagp/uorcs/contraloria-social.html>.

8.3 Proceso para la Integración del Padrón Único de Beneficiarios

El Padrón Único de Beneficiarios (PUB) es una base de datos que contiene la información de todos los padrones de personas beneficiarias de los programas sociales a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Para la integración del padrón de personas beneficiarias del Programa al PUB, al inicio del ejercicio fiscal la URP indicará a la Dirección General de Geoestadística y Padrones de Beneficiarios (DGGPB) sobre el calendario de actualización, tipo de personas beneficiarias y datos del personal responsable y operativo del padrón.

Asimismo, la generación del PUB será de acuerdo con los Lineamientos 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.

8.3.1 Sistema de Focalización de Desarrollo (SIFODE)

8.3.1.1 Recolección e Integración de información socioeconómica

El Programa realizará la recolección de información conforme al padrón de personas beneficiarias a integrar, y deberá corresponder al menos a la requerida en:

- El Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS), para el caso de integración del padrón de personas, y de ser necesario, podrá captar información complementaria a través de su Cuestionario Complementario (CC) y/o
- El Cuestionario Único de Obras y Servicios (CUOS), para el caso de la integración del padrón de obras y servicios y/o
- El Cuestionario Único de Actores Sociales (CUAS), para el caso de la integración del padrón de actores sociales

La información proveniente de los cuestionarios recolectados por el Programa se incorporará y administrará al SIFODE con base en los Lineamientos de Integración, Uso y Compartición de Información Socioeconómica del SIFODE, a través de las herramientas diseñadas para este fin, las cuales serán validadas por la DGGPB, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos para los Procesos de Recolección de Información Socioeconómica y Captura.

8.3.1.2 Evaluación de información socioeconómica

La información de hogares y sus integrantes incorporada en el SIFODE se evaluará de la siguiente manera:

- CUIS.- Conforme a la medición multidimensional de la pobreza, probabilidades de ingreso e intensidades de carencias, las cuales se establecen en los Lineamientos de Evaluación de Condiciones Socioeconómicas de los Hogares y será utilizada para la focalización de posibles beneficiarios del Programa.
- CUIS/CC.- Conforme a los criterios de elegibilidad, los cuales se establecen en las presentes Reglas de Operación y será utilizada para identificar a su población objetivo.
- La información de obras y servicios y actores sociales incorporada en el SIFODE corresponderá a acciones ejecutadas y no requerirá de evaluación.

8.3.2 Integración del Padrón

El programa integrará su padrón de personas beneficiarias a partir de los registros en los que consten las personas beneficiarias y los beneficios que les fueron entregados.

El Programa deberá integrar padrones de Personas, de Poblaciones Beneficiarias de Obras de Infraestructura o Acciones Comunitarias, o de Actores Sociales, de acuerdo a los tipos de personas beneficiarias, para lo cual deberá ajustarse a lo establecido por la Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, por conducto de la DGGPB, conforme se establece en los Lineamientos Normativos para la Integración del Padrón Único de Beneficiarios disponibles en la dirección: <http://www.normateca.sedesol.gob.mx>

La Clave Única de Registro de Población (CURP) es el identificador principal para la conformación del Padrón Único de Beneficiarios (PUB), por lo que 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) 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 apearse 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.

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.

8.4 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, 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. Participación Social

Con el objeto de promover la organización y la participación social en las zonas de actuación de los programas sociales del gobierno federal, la Secretaría apoyará la integración y operación de Comités Comunitarios con funciones de planeación, gestión, verificación y seguimiento de las obras y acciones financiadas con recursos de este Programa, conforme se establece en los Lineamientos de Operación de los Comités Comunitarios publicados en el Diario Oficial de la Federación el 4 de julio de 2013 y que se pueden consultar en <http://www.dof.gob.mx>.

Los Comités Comunitarios estarán integrados por los habitantes de las zonas en que se realicen acciones de los programas sociales del gobierno federal, quienes participarán de manera organizada, independiente, voluntaria y honorífica.

El municipio deberá dar las facilidades necesarias para la adecuada integración y operación de los Comités Comunitarios.

10. Perspectiva de género

En el ámbito de su competencia, el Programa incorporará la perspectiva de género para lo cual podrá identificar las circunstancias que profundizan las brechas de desigualdad, que generan sobrecargas o desventajas, en particular para las mujeres, a fin de determinar los mecanismos que incidan en su reducción o eliminación y potenciar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres para alcanzar un desarrollo pleno, en condiciones de igualdad, garantizando la vigencia y el ejercicio de sus derechos.

11. 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.

Párrafo adicionado DOF 06/07/2015

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.

Párrafo modificado DOF 06/07/2015

12. 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:

12.1 Quejas y denuncias

Las quejas y denuncias, podrán realizarse por escrito y/o vía telefónica, a través de:

a) Órgano Interno de Control en la Secretaría

Teléfono: 5328-5000, Ext. 51431, 51439, 51424, 51453, 51411, 51452 y 51450

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

12.2. 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 Geoestadísticas 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 las 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 (CUIIS): 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 .

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/Lineamientos_PDSH.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.

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.

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

Unidad Responsable del Programa: 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.

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

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO



**PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA
FORMATO DE PRE-REGISTRO 2015
FO-SVJF-02**

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Folio Programa _____ Día _____ Mes _____ Año _____

I. DATOS PERSONALES DE LA JEFA DE FAMILIA

1. Nombre completo comenzando por apellidos. _____
 2. Declara ser la Jefa del hogar SI No

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE(S) _____
 CURP: _____ FECHA DE NACIMIENTO día: _____ mes: _____ año: _____
 TELÉFONO: Fijo Celular Recados No tiene CORREO ELECTRÓNICO: _____ J@L _____ No tiene

3. ¿Cuál es su domicilio?

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ CLAVE ENTIDAD: _____
 MUNICIPIO O DELEGACIÓN: _____ CLAVE MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____ CLAVE LOCALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA CALLE O VIALIDAD: _____ DOMICILIO CONOCIDO
 NÚMERO EXTERIOR: _____ LETRA EXTERIOR: _____ SIN NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR: _____ LETRA INTERIOR: _____ SIN NÚMERO INTERIOR
 LOTE: _____ MANZANA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ COLONIA: _____

II. HIJAS E HIJOS DE HASTA 23 AÑOS

4. Datos de las hijas e hijos

Número	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento		
				H	M	Día	Mes	Año
1				1	2			
2				1	2			
3				1	2			
4				1	2			
5				1	2			
6				1	2			

III. RESPONSABLE(S) DE LAS HIJAS E HIJOS

5. ¿A quién(es) nombra como responsable(s) de su(s) hija(s) e hijo(s) en caso de fallecimiento?

	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			

	Sexo		Fecha de nacimiento			Teléfono	Parentesco con respecto a los hijos Padre.....02 Hermano(s).....04 Abuelo(s).....05 Tío(a).....06 Otro (Especificar).....07
	H	M	Día	Mes	Año		
Persona 1	1	2					<input type="checkbox"/> NO TIENE
Persona 2	1	2					<input type="checkbox"/> NO TIENE
Persona 3	1	2					<input type="checkbox"/> NO TIENE

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.
 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.
 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.
 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 ellos (hogares) en que residen las hijas(os) de la jefa de familia que haya fallecido, mediante la aplicación del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUI).
 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

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

Anexo 3 (Hoja 1 de 2)

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



PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA
FORMATO DE INCORPORACIÓN Y ACEPTACIÓN AL PROGRAMA

FO-SVJF-05

Folio CUBS: _____ Fecha: _____
 de Sociedad: _____ Folio del Programa: _____

DATOS DE LA JEFA DE FAMILIA FALLECIDA

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre(s): _____
 CURP: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

INFORMACIÓN DEL ACTA DE DEFUNCIÓN

Oficialía: _____ No tiene Clave y nombre de la localidad: _____
 Libro Núm.: _____ Clave y nombre del municipio: _____
 Tomo Núm.: _____ No tiene Clave y nombre de la entidad federativa: _____
 Acto Núm.: _____ Fecha de registro: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Fecha de Defunción: _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Foja Núm.: _____ No tiene
 Causa del fallecimiento: _____

INFORMACIÓN DE LAS HIJAS E HIJOS EN ESTADO DE ORFANDAD MATERNA

Núm.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	Sexo		Fecha de nacimiento		
				H	M	DIA	MES	AÑO
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Núm.	Acta de Nacimiento				CURP
	Libro	Tomo	Acto	Foja	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Núm.	Nivel Escolar			Monto del Apoyo Mensual	Si	No	¿Tiene alguna discapacidad? Especifique
	Grado	Nivel	Fecha de Expedición				
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 3 (Hoja 2 de 2)

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

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LAS HIJAS E HIJOS BENEFICIARIOS						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	Sexo H M		Fecha de nacimiento DIA MES AÑO	
_____	_____	_____	1	2	_____	_____
CURP			Parentesco con la o las Personas Beneficiarias			
_____			_____			
Tipo de Identificación	Folio de Identificación		<input type="checkbox"/> No tiene			
_____	_____		<input type="checkbox"/> No tiene			
Correo Electrónico	Teléfono		Celular			
_____	_____		_____			
DATOS DEL DOMICILIO DONDE VIVIRAN LOS HIJOS EN ORFANDAD MATERNA						
Entidad Federativa	_____				Clave Entidad	_____
Municipio o Delegación	_____				Clave Municipio	_____
Localidad	_____				Clave Localidad	_____
Nombre de la Calle o Vialidad					<input type="checkbox"/> Domicilio Conocido	
_____					<input type="checkbox"/> Sin Número Interior	
Número Exterior	Letra Exterior	Número Interior	Letra Interior	Código Postal		
_____	_____	_____	_____	_____		
Lote	Manzana	Colonia	Código Postal			
_____	_____	_____	_____			
DOCUMENTACIÓN PRESENTADA (POR RESPONSABLE, HIJA O HIJO EN ESTADO DE ORFANDAD MATERNA MAYOR DE 18 AÑOS)						
<input type="checkbox"/> Identificación Oficial	<input type="checkbox"/> Clave Única de Registro de Población (CURP)	<input type="checkbox"/> Comprobante de Domicilio				
<input type="checkbox"/> Acta de Defunción de la Jefa de Familia	<input type="checkbox"/> Solicitud de Pre registro	<input type="checkbox"/> Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIIS)				
<p>Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. 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. Conforme a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en el Sistema de Control y Administración del Padrón de Beneficiarios de Programas de Desarrollo Social.</p>						
_____ Atestó Nombre, cargo y firma Delegado(a), subdelegado(a) o coadyuvador(a)			_____ Firma o Huella Dactilar de la Persona Responsable			

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

FORMATO DE SOLICITUD Y ACEPTACIÓN PARA INTEGRAR EN EL EXPEDIENTE DE LA PERSONA BENEFICIARIA

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 4- Cuestionario Único de información Socioeconómica (CUI5)

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

CUESTIONARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA 2015

FOLIO SEDESOL _____

FOLIO CUI5 _____

FOLIO PROGRAMA / PROYECTO _____

LONGITUD _____ LATITUD _____

I. CONTROL DE LLENADO

DATOS DEL ENCUESTADOR	FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO	TIPO DE PROCESO	TIPO DE OPERATIVO
ESCRIBIR CON LETRAS MAYÚSCULAS LEGIBLES	HORA DE INICIO _____	IDENTIFICACIÓN _____ 1	BARRIDO TOTAL _____ 1
CLAVE DEL ENCUESTADOR _____	DIAS _____	RE CERTIFICACIÓN _____ 2	UNIDAD (INFORMANTE) _____ 2
NÚMERO DEL ENCUESTADOR _____	MESES _____	VERIFICACIÓN PERMANENTE DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS _____ 3	MESA DE ATENCIÓN _____ 3
	AÑO _____	REVALUACIÓN _____ 4	UNIDAD PERMANENTE _____ 3
		EVALUACIÓN ABSOLUTA _____ 5	

II. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

CLAVES INEGI

ENTIDAD FEDERATIVA _____	CLAVE DE ENTIDAD _____	CLAVE DE ASER _____	<input type="checkbox"/> RURAL
MUNICIPIO DELEGACIÓN _____	CLAVE DE MUNICIPIO _____	CLAVE DE MANZANA _____	<input type="checkbox"/> URBANO
LOCALIDAD _____	CLAVE DE LOCALIDAD _____		

III. DOMICILIO GEOGRÁFICO

ENCUESTADOR ¿LA VIVIENDA SE ENCUENTRA REFERIDA A UNA CARRETERA O A UN CAMINO?

Carretera: 1 → CONTINUAR EN VALA Camino: 2 → PASAR A III B No: 3 → PASAR A III C

III. A. IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LOS COMPONENTES DE CARRETERA

IDENTIFICAR Y MARCAR EL TIPO DE ADMINISTRACIÓN DE LA CARRETERA A LA QUE ESTÁ REFERIDA LA VIVIENDA

Estatal _____ 1 Federal _____ 2 Municipal _____ 3 Particular _____ 4

IDENTIFICAR Y MARCAR EL DERECHO DE TRÁNSITO DE LA CARRETERA A LA QUE ESTÁ REFERIDA LA VIVIENDA

Cuota _____ 1 Libre _____ 2

IDENTIFICAR Y ANOTAR EL CÓDIGO DE LA CARRETERA LA QUE ESTÁ REFERIDA LA VIVIENDA _____

IDENTIFICAR Y ANOTAR EL TRAMO (ORIGEN-DESTINO) DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO DE LA VIVIENDA

ORIGEN _____ DESTINO _____

IDENTIFICAR Y ANOTAR EL CADENAMIENTO (KILÓMETRO + METROS) DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO DE LA VIVIENDA

KILÓMETRO _____ METRO _____ → PASAR A III B O EXTERIOR

III. B. IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LOS COMPONENTES DE CAMINO

IDENTIFICAR Y MARCAR EL TERMINO QUIMICO CON EL QUE SE IDENTIFICA EL CAMINO AL CUAL ESTÁ REFERIDA LA VIVIENDA

Riecho _____ 1 Camino _____ 2 Terrestre _____ 3 Venado _____ 4

IDENTIFICAR Y ANOTAR EL TRAMO (ORIGEN-DESTINO) DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO DE LA VIVIENDA

ORIGEN _____ DESTINO _____

IDENTIFICAR Y MARCAR EL MARGEN SOBRE EL QUE SE UBICA EL DOMICILIO GEOGRÁFICO DE LA VIVIENDA

Derecho _____ 1 Inseguro _____ 2

IDENTIFICAR Y ANOTAR EL CADENAMIENTO (KILÓMETRO + METROS) DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO DE LA VIVIENDA

KILÓMETRO _____ METRO _____ → PASAR A III B O EXTERIOR

III. C. IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LOS COMPONENTES DE VIALIDAD

UTILIZAR EL CATALOGO DE TIPO DE VIALIDAD UBICADO ABAJO PARA ANOTAR EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA

IDENTIFICAR Y REGISTRAR EL TIPO DE VIALIDAD A LA QUE ESTÁ REFERIDA LA VIVIENDA _____

IDENTIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LA VIALIDAD LA QUE ESTÁ REFERIDA LA VIVIENDA _____

IDENTIFICAR Y REGISTRAR EL LADO (NUMERO) EXTERIOR E INTERIOR DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO

NÚM. EXTERIOR _____ LETRA _____ DERECHA-DESDERDO

SIN NÚM. EXTERIOR

NÚM. EXTERIOR ANTERIOR _____ NÚM. INTERIOR _____ LETRA _____

SIN NÚM. INTERIOR

CÓDIGO POSTAL _____ RURAL

UTILIZAR EL CATALOGO DE TIPO DE ASENTAMIENTO UBICADO ABAJO PARA ANOTAR EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA

IDENTIFICAR Y REGISTRAR EL TIPO Y NOMBRE DE LAS ENTRE VIALIDADES Y LA VIALIDAD POSTERIOR DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO

ENTRE VIALIDAD 1

TIPO _____ NOMBRE _____ RURAL

ENTRE VIALIDAD 2

TIPO _____ NOMBRE _____ RURAL

VIALIDAD POSTERIOR

TIPO _____ NOMBRE _____ RURAL

IDENTIFICAR Y REGISTRAR LA DESCRIPCIÓN DE UBICACIÓN (REFERENCIAL) DEL DOMICILIO GEOGRÁFICO _____

CATALOGO DE TIPO DE ASENTAMIENTO

Asignación 01	Suburbana 09	Hacienda 18	Ranchera 27	Suburbana 36
Asignación 02	Corredor 10	Riguro 19	Rancho 28	Vila 37
Barrío 03	Industria 11	Manzanera 20	Región 29	Zona federal 38
Campo 04	Colo. 12	Parque 21	Residencial 30	Zona industrial 39
Ciudad 05	Cuarter 13	Parque 22	Urbanada 31	Zona militar 40
Ciudad 06	Cuarter 14	Parque 23	Sector 32	Zona rural 41
Ciudad 07	Expediente 15	Parque 24	Supermercado 33	
Comunidad 08	Parque 16	Parque 25	Unidad 34	
Consejo 09	Parque 17	Parque 26	Unidad 35	

IV. INFORMANTE ADECUADO

1. Identifique si existe un informante adecuado que cumpla con las siguientes características:

- I) QUE SEA INTEGRANTE DEL HOGAR.
Persona que se le reconoce como habitante común en la vivienda, vive frecuentemente en el hogar (aparentemente en el mismo espacio que almorzar, comer y se protege del ambiente, cuando comparece a las personas que por razones "biológicas", como enfermedad, vacunación, emergencia, estudio o estado, no están viviendo en ese momento en la vivienda.
- II) QUE CONOZCA LA INFORMACIÓN NECESARIA DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR
- III) QUE AL MENOS TENGAN DE EDAD 15 O EL JEFE DE HOGAR CON AL MENOS 17 AÑOS
- IV) QUE NO TENGAN ALGÚN IMPEDIMENTO PARA COMPRENDER, RAZONAR Y RESPONDER LAS PREGUNTAS.
- V) QUE NO SE ENCUENTRE BAJO EL INFLUJO DE ALCOHOL O ENERGIANTES.

PARA LOS PROCESOS DE RE CERTIFICACIÓN, REVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN PERMANENTE DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS:

- VI EL INFORMANTE SE ENCUENTRE EN EL ESTADO ORIGINAL DEL HOGAR

MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

¿El informante es adecuado?

Si: _____ 1 → CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO

No: _____ 2 → PASAR A "CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA" Y MARCAR LA OPCIÓN DE INFORMANTE INADECUADO

NOTA: NO CONSIDERE A LAS PERSONAS QUE DECLARAN TENER OTRO LUGAR DE RESIDENCIA Y QUE ESTÁN TEMPORALMENTE EN ESE LUGAR POR VACACIONES, TRABAJO U OTRO MOTIVO

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 MARCAR "NO TIENE"

Credencial para votar vigente _____	01	} PASAR A 2
Carta 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	
Formas migratorias _____	05	
Cédula de identidad personal _____	06	
Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) _____	07	
Cédula profesional _____	08	
Ninguno _____	99	

CÓDIGO _____ FOLIO _____

NO TIENE

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 MARCAR "NO TIENE"

Clave Única de Registro de Población (CURP) _____	01
Acta de nacimiento _____	02
Ninguno _____	99

CÓDIGO _____ FOLIO _____

NO TIENE

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

IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR
V. TIPO DE VIVIENDA

4. ¿Su vivienda es...? [] [] [] → CÓDIGOS DEL 01 AL 10 PASARÁ "CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA", Y MARCAR LA OPCIÓN DE VIVIENDA NO VÁLIDA.

UNIDAD ITNERANTE/UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD PERMANENTE
LEER TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA Y ANOTAR LA OPCIÓN QUE LE INTERVUELA.

ENCUESTA 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/unidad.....02	Vivienda en terreno familiar compartido.....07
Vivienda o cuarto en vejez.....03	Vivienda móvil.....08
Vivienda o cuarto en la azotea.....04	Refugio.....09
Anexo a casa.....05	Vivienda en construcción no habitada.....10
	Asilo, orfanato o convento.....11

5. "Considerando que la vivienda es un espacio fijo delimitado generalmente por paredes y techos de cualquier material, con entrada independiente que se construyó o adaptó para el alojamiento de personas," ANOTAR EL NÚMERO QUE LE INTERVUELA LLENANDO CON CEROS A LA IZQUIERDA.

¿Cuántas personas habitan en su vivienda? [] [] []

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," SI EXISTE MÁS DE UN HOGAR EN LA VIVIENDA SE DEBE OBTENER UN CUESTIONARIO POR CADA HOGAR.

¿Cuántos hogares hay en su vivienda? incluyendo el suyo [] [] []

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 INTERVUELA LLENANDO CON CEROS A LA IZQUIERDA. SI SON MÁS DE 10 PERSONAS UTILIZAR OTRO CUESTIONARIO CON LOS MISMOS FOLIOS EN LA CARÁTULA.

8. Las personas que forman parte de este hogar, ¿Comparten gastos?
[X] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.
Sí.....1 No.....2

9. Las personas que forman parte de este hogar, ¿Habitan regularmente la misma vivienda en la que duermen, preparan y comparten sus alimentos?
[X] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.
Sí.....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 NO CORRESPONDEN AL MISMO HOGAR.

10. ¿Tiene teléfono propio o alguno en el que le puedan dejar recado?
Sí.....01 → ¿Cuál es? → [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
No.....02
No sabe/No responde..99

FLEA ESQUILAS RECADOS
[X] MARCAR EN EL RECUADRO LA OPCIÓN QUE LE INTERVUELA.

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						
No.	Nombre completo de todos los integrantes del hogar		Condición de residencia	Parentesco	CURP	
	11.		12.	13.	14.	
Número de renglón	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 olvide incluir a los niños pequeños, a los adultos mayores y a las personas con discapacidad. [X] MARCAR EL NÚMERO DE RENGLÓN 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.		¿(NOMBRE) ...? LEER CADA UNA DE LAS OPCIONES PARA LAS OPCIONES 5 A 8 SI SE APLICA ANTES LOS PROCEDIMIENTOS DE RECONIFICACIÓN, REEVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN PERMANENTE DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS. 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 migró.....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 Hijastro(a) / enternado(a).....09 Sobrino(a).....10 Otro parentesco.....11 No tiene parentesco.....12	¿(NOMBRE) tiene CURP? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí.....1 Si, pero no la tiene al momento de la encuesta.....2 No.....3 } PASAR A 14	
	01	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
	02				Jefe(a) del Hogar	
	03					
	04					
	05					
	06					
	07					
	08					
	09					
10						

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

VII. DATOS DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

No.	CURP	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de nacimiento	Acta de Nacimiento	Padre en el hogar	Madre en el hogar
	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
Número de renglón	¿Cuál es la CURP de (NOMBRE)? SI LA CURP INCLUYE CERO, ANOTARLO CON EL SIGUIENTE FORMATO: 0	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? EN CASO DE QUE ESTÉN DISPONIBLES, COPIAR LOS DATOS DE LA CURP DEL ACTA DE NACIMIENTO O DE ALGÚN DOCUMENTO OFICIAL.	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? Menores de un año 00 99 años o más 99	¿(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 DE LAS OPCIONES 1 AL 32 PASE A PREGUNTA 20 EN CASO DE QUE ESTÉN DISPONIBLES COPIAR LOS DATOS DE LA CURP. Aguascalientes 01 Morelos 17 Baja California 02 Nayarit 18 Baja California Sur 03 Nuevo León 19 Campeche 04 Oaxaca 20 Coahuila 05 Puebla 21 Colima 06 Querétaro 22 Chiapas 07 Quintana Roo 23 Chihuahua 08 San Luis Potosí 24 Distrito Federal 09 Sinaloa 25 Durango 10 Sonora 26 Guanajuato 11 Tabasco 27 Guerrero 12 Tamaulipas 28 Hidalgo 13 Tlaxcala 29 Jalisco 14 Veracruz 30 México 15 Yucatán 31 Michoacán 16 Zacatecas 32 Extranjero 33 → ¿Desde qué año (NOMBRE) reside en México? ↓ ESTADO DE NACIMIENTO AÑO RESIDENCIA	¿(NOMBRE) tiene acta de nacimiento? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. Sí 1 Si, pero no la tiene al momento de la encuesta 2 No 3	¿Vive el padre de (NOMBRE) en este hogar? Sí → ¿Quién es el padre? ANOTAR EL NÚMERO DE RESERVA EN DONDE ESTÁ LISTADO No ↓ No vive en el hogar 77 Ya no vive 78 NS/NR 99	¿Vive la madre de (NOMBRE) en este hogar? Sí → ¿Quién es la madre? ANOTAR EL NÚMERO DE RESERVA EN DONDE ESTÁ LISTADA No ↓ No vive en el hogar 77 Ya no vive 78 NS/NR 99
	CURP	DÍA MES AÑO	EDAD O CÓDIGO		ESTADO DE NACIMIENTO AÑO RESIDENCIA			
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

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											
IX. SALUD				X. LENGUA Y CULTURA INDIGENA <small>PAÍSES DE ORIGINANTES DE PAÍSES SUJECOS O CIUDAD</small>				XI. EDUCACIÓN <small>PAÍSES DE ORIGINANTES DE PAÍSES SUJECOS O CIUDAD</small>			
Derechahabencia		Motivo derechohabencia		Lengua		Cultura	Alfabetismo	Nivel de escolaridad		Asistencia a la escuela	Abandono escolar
No.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.		
Número de renglón	Actualmente ¿a qué institución está afiliado o inscrito (NOMBRE) para recibir atención médica? <small>LEER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN. ACEPTA HASTA 2 RESPUESTAS.</small>	¿(NOMBRE) está afiliado o inscrito a (INSTITUCIÓN) por...? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA DE ACUERDO A LA PREGUNTA 23. LEER TODAS LAS OPCIONES.</small>	¿(NOMBRE) habla alguna lengua indígena? <small>Si → ¿Cuál? No NS/NR... 98 Ninguna... 99</small>	¿(NOMBRE) también habla español? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</small>	De acuerdo con la cultura de (NOMBRE) ¿(Ella /Él) se considera indígena? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</small>	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</small>	¿Cuál fue el último nivel y grado que (NOMBRE) aprobó en la escuela? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ANOTAR EL NIVEL Y LUEGO EL GRADO (NÚMERO DE AÑOS ESCOLARES APROBADOS).</small>	¿Actualmente (NOMBRE) asiste a la escuela? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</small>	¿Cuál fue el motivo principal por el que (NOMBRE) dejó la escuela? <small>NO LEER LAS OPCIONES, ESPERAR RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ANOTAR EL MOTIVO PRINCIPAL.</small>		
	Seguro Popular (Incluye Seguro Médico para una nueva generación)..... 01 → PASAR A 25	Prestación en el trabajo..... 01	Jubilación..... 02	Náhuatl..... 01	Si..... 01	Si..... 01	Kindergarten o preescolar..... 01	Si..... 1 → PASAR A 32	Concluyó sus estudios..... 01		
	IMSS..... 02	Jubilación..... 02	Invalididad..... 03	Maya..... 02	No..... 02	No..... 02	Primaria..... 02	No..... 2	No alcanzó el dinero para mandarlo..... 02		
	ISSSTE..... 03	Invalididad..... 03	Algun familiar en el hogar..... 04	Zapoteco..... 03	NS/NR... 98	NS/NR... 98	Secundaria..... 03		Se necesitó su ayuda en el trabajo o en la casa..... 03		
	PEMEX, Defensa o Marina..... 04	Muerte del asegurado..... 05	Muerte del asegurado..... 05	Mixteco..... 04			Preparatoria o Bachillerato..... 04		Tuvo que quedarse en casa para cuidar a otras personas..... 04		
	Clinica u hospital privado..... 05	Ser estudiante..... 06	Ser estudiante..... 06	Totsil/Itz'at..... 05			Normal básica..... 05		Decidió empezar a trabajar..... 05		
	A ninguna..... 99 → PASAR A 25	Contratación propia..... 07	Contratación propia..... 07	Otomí..... 06			Carrera técnica o comercial con primaria completa..... 06		No le gusta la escuela..... 06		
		Algun familiar de otro hogar..... 08	Algun familiar de otro hogar..... 08	Tolteca..... 07			Carrera técnica o comercial con secundaria completa..... 07		No hay escuela en el lugar donde vive o la escuela está muy lejos..... 07		
		Apoyo del gobierno..... 09	Apoyo del gobierno..... 09	Mazateco..... 08			Carrera técnica o comercial con preparatoria completa..... 08		Se casó o por maternidad/paternidad..... 08		
				Chol..... 09			Profesional..... 09		Nunca ha ido a la escuela..... 09		
				Huasteco..... 10			Posgrado (maestría o doctorado)..... 10		Reprobó varias materias..... 10		
			Chinanteco..... 11			Ninguno..... 99		Ambiente inseguro en la escuela y alrededores..... 11			
			Mazahua..... 12					Sus compañeros lo molestaban mucho..... 12			
			Mixe..... 13					Sus padres ya no quisieron que siguiera estudiando..... 13			
			Otro (ESPECIFICAR)..... 14					No lo aceptaron en la escuela..... 14			
								No había clases..... 15			
								Otra causa..... 16			
								No sabe/No responde..... 98			
	I.	II.	I.	II.	HABLA	ESPECIFICAR	NIVEL	GRADO			
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

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

XII. SITUACIÓN CONYUGAL <small>DATOS DE INTEGRANTES DE TRABAJO CUMPLENDO MÁS</small>		XIII. CONDICIÓN LABORAL <small>DATOS DE INTEGRANTES DE TRABAJO CUMPLENDO MÁS</small>				
Estado civil		Condición de actividad	Verif. condición de actividad	Posición en la ocupación	Tiempo de trabajo	
No.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
	Actualmente, ¿Cuál es el estado civil (situación conyugal) de (NOMBRE)? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</small>	El mes pasado (NOMBRE) ... <small>LEER TODAS LAS OPCIONES. ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</small>	Durante el mes pasado (NOMBRE) realizó actividades como... <small>LEER LAS OPCIONES Y ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</small>	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) se desempeñó como...? <small>NO LEER LAS OPCIONES Y ANOTAR LA OCUPACIÓN PRINCIPAL.</small>	Considerando el trabajo principal que realizó el mes pasado ¿(NOMBRE) se dedica a trabajar...? <small>ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</small>	¿Cuál es el motivo por el que (NOMBRE) no trabaja todo el año? <small>ANOTAR SOLO UNA RESPUESTA.</small>
	Vive en unión libre.....01	Trabajo.....01	¿vender o hacer algún producto o realizar trabajos de albañilería, plomería, carpintería u otro?.....01	abañil.....01	Unos meses.....01 Todo el año?.....02 No sabe/ No responde.....98	Solo trabaja cuando lo llaman o solicitan sus servicios.....01
	Ex casado(a).....02	Tiene trabajo pero no trabaja.....02	¿prestar algún servicio a cambio de un pago (ortar el caballo, dar clases, lavar ropa ajena)?.....02	ayudante de algún oficio.....02		Solo trabaja en periodo vacacional/ Porque asiste a la escuela.....02
	Ex separado(a).....03		Estudio y trabajo.....03	¿realizar actividades agropecuarias por su cuenta como cultivar o criar animales?.....03	ayudante en rancho o negocio familiar sin retribución.....04	No necesita trabajar todo el año.....03
	Es divorciado(a).....04	No trabajo ni buscó trabajo.....04	¿ayudar en las sierras o en el negocio de un familiar u otra persona?.....04	ayudante en rancho o negocio no remunerado.....05	Solo cuando encuentra o tiene trabajo.....04	Solo en tempo de siembra o cosecha.....05
	Es viudo(a).....05	Buscó trabajo.....05	No trabajó.....05	chofer (transporte de pasajero o carga).....06	Por motivos climatológicos.....06	No le interesa trabajar todo el año.....07
	Es soltero(a).....06	Estudio.....06	No hubo trabajo.....06	ejecutivo o comunero.....07	Cero.....08	No sabe/No responde.....98
		Realizó quehaceres domésticos.....07		empleado del gobierno.....08		
				empleado del sector privado.....09		
				empleado doméstico.....10		
				jornalero agrícola.....11		
				membro de un grupo u organización de productores.....12		
				membro de una cooperativa (de producción o servicios).....13		
				obrero.....14		
				patrón o empleador de un negocio.....15		
				profesionista independiente.....16		
				promotor de desarrollo humano o gestor social.....17		
				trabajador por cuenta propia.....18		
				vendedor ambulante.....19		
				otra ocupación.....20		
				No sabe/No responde.....98		

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 <small>DATOS DE VINCULACIÓN Y DE TIEMPO DE SERVIDOR O PASO</small>								XIV. SEGUROS VOLUNTARIOS <small>DATOS DE VINCULACIÓN Y DE TIEMPO DE SERVIDOR O PASO</small>		XV. JUBILACIÓN O PENSIÓN <small>DATOS DE VINCULACIÓN Y DE TIEMPO DE SERVIDOR O PASO</small>		XVI. OTROS APOYOS <small>DATOS DE VINCULACIÓN Y DE TIEMPO DE SERVIDOR O PASO</small>	XVII. ADULTOS MAYORES <small>DATOS DE VINCULACIÓN Y DE TIEMPO DE SERVIDOR O PASO</small>											
Trabajo subordinado		Actividad por su cuenta	Previsiones laborales					Forma de ingreso		Ingreso por trabajo			Seguros voluntarios			Jubilación		Otros apoyos	Adultos mayores					
No.	38.	39.	40.					41.	42.	43.	44.			45.	46.	47.	48.							
Nombre de registro	En su trabajo principal del mes pasado ¿(NOMBRE) tuvo un(a) jefe(a) o supervisor(a)? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. SI 01 → PASAR A 48 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. SI 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". SE MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS. A. Incapacidad 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. SI 01 No 02 PASAR A 44	¿Cuánto dinero recibe (NOMBRE) por su trabajo principal del mes pasado? ANOTAR LA CANTIDAD DE DERECHA A QUERERDA EN PESOS Y SIN CENTAVOS. ANOTAR \$9999 SI GANA \$99999 O MÁS. ANOTAR 99999 SI NO SABE O NO RESPONDE Y PASAR A 44	¿(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 "G". SE 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. Ninguna de las anteriores. G. No sabe/No responde			¿(NOMBRE) es jubilado o pensionado? SI 01 No 02 } PASAR A 47 NS/NR 99	¿(NOMBRE) recibe dinero por ... A. Jubilación o pensión dentro del país? B. Jubilación o pensión proveniente de otros países? SI 01 No 02	¿(NOMBRE) tiene tarjeta del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)? SI 01 No 02 NS/NR 99	¿(NOMBRE) recibe dinero por ... SE 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	A	B	A	B	C	D	E		
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								

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

DATOS DEL HOGAR

XVIII. SALUD EN EL HOGAR

49. ¿A algún integrante del hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico?
LEER TODAS LAS OPCIONES. [X] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO

	SI	¿Quién?	I	II	III	NO
ANOTAR EL NOMBRE DEL INTEGRANTE ACEPTA HASTA 2 INTEGRANTES						
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. Enfisema pulmonar.....1	→					2
H. VIH.....1	→					2
I. Deficiencia nutricional (anemia/desnutrición).....1	→					2
J. Hipertensión.....1	→					2
K. Obesidad.....1	→					2

50. ¿Algún integrante del hogar tiene limitación para...
LEER TODAS LAS OPCIONES. [X] MARCAR LAS QUE LE INTERESAN

	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 aparatos auditivos?.....1		2
E. vestirse, bañarse o comer, desplazarse u otras de cuidado personal?.....1		2
F. poner atención, aprender cosas sencillas o concentrarse?.....1		2

ANOTAR EL MENCIÓN DEL INTEGRANTE
GRADO Y ORIGEN DE LA LIMITACIÓN
ACEPTA HASTA 2 INTEGRANTES

GRADO DE LIMITACIÓN

	I	II
Limitación parcial.....1	A	B
Limitación completa (no puede hacerlo).....2	C	D

ORIGEN DE LA LIMITACIÓN

	I	II
Porque nació así.....01	E	F
Por una enfermedad.....02	G	H
Por un accidente.....03	I	J
Por edad avanzada.....04	K	L
Por otra causa.....05	M	N
No sabe/No responde.....98	O	P

	I			II		
	RENGLÓN DEL INTEGRANTE	GRADO DE LIMITACIÓN	ORIGEN DE LA LIMITACIÓN	RENGLÓN DEL INTEGRANTE	GRADO DE LIMITACIÓN	ORIGEN DE LA LIMITACIÓN
A				A		
B				B		
C				C		
D				D		
E				E		
F				F		
G				G		
H				H		
I				I		
J				J		
K				K		
L				L		
M				M		
N				N		
O				O		
P				P		

XVIII. SALUD EN EL HOGAR

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

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

XX. TRABAJO NO REMUNERADO

52. ¿Quién realiza regularmente las siguientes actividades?
ANOTAR EL RENGLÓN 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.....1		
B. Trabajo comunitario o voluntario.....1		
C. Reparaciones a la vivienda, aparatos domésticos o vehículos.....1		
D. Realizar el quehacer de su hogar.....1		
E. Acabar agua o leña.....1		
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

53. ¿En este hogar vive algún integrante que sea...
[X] MARCAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN PARA CADA INCISO

	¿Quién? ANOTAR EL RENGLÓN DEL INTEGRANTE	¿Cuánto gana mensualmente?
A. maestro(a) de escuela (no eventual) de cualquier orden de gobierno (Municipal, Estatal o Federal)?.....1		
B. dueño de una tienda?.....1		
C. dueño de algún negocio?.....1		
D. amparado de algún transporte?.....1		
E. doctor(a) o enfermera (no eventual) de cualquier orden de gobierno (Municipal, Estatal, Federal)?.....1		
F. servidor público no eventual de cualquier orden de gobierno (Municipal, Estatal, Federal)?.....1		
G. ninguna de las anteriores.....1		

XXI. REMESAS

54. ¿Algún en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?
[X] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

SI.....1	
No.....2	

XXII. GASTO Y CONSUMO

55. Regularmente en un mes ¿cuánto gasta su hogar en...
ANOTAR LA CANTIDAD EN PESOS, DE DERECHA A IZQUIERDA, SIN CENTAVOS O LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO

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

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

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

[] cantidad No sabe/No responde []

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

	Frecuencia
Diario.....1	
3 o 4 veces por semana.....2	
2 veces por semana.....3	
Sólo 1 vez por semana.....4	
Nunca o casi nunca.....5	

Alimentos

A. Cereales y subproductos.....1	
B. Verduras.....1	
C. Frutas.....1	
D. Leguminosas.....1	
E. Carne y huevo.....1	
F. Lácteos.....1	
G. Alimentos altos en grasa y/o azúcar.....1	

58. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto (integrante de 18 años o más)...
[X] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO
NO HAY MAYORES DE 17 AÑOS → PASAR A 59

	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 piensa 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

59. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar...
[X] MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO
NO HAY MENORES DE 18 AÑOS → PASAR A 61

	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

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

DATOS 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

XXIII. SEGURIDAD ALIMENTARIA	
60. ¿Acostumbran desayunar los integrantes menores de 12 años de este hogar? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA NO HAY MENORES DE 12 AÑOS → PASAR A E1	
Si 01 → ¿En dónde? →	En el hogar propio o con algún familiar o conocido 01
	En la escuela, estancia, o guardería 02
	Otro lugar 03
No 02 → ¿Por qué? →	No lo acostumbbran 01
	No les da hambre 02
NS/NR 98	No les alcanza el tiempo 03
	No les alcanza el dinero 04

XXIV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	
61. ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda contando la cocina? (no cuente ni pasillos ni baños) [] []	
62. ¿Cuántos cuartos usan para dormir? [] []	
63. En el cuarto donde cocinan ¿también duermen? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Si 1	No 2
64. ¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Tierra 01 → PASAR A E1	Cemento o firme 02 A 56
Mosaico, madera u otro recubrimiento 03	
65. ¿La mayor parte del piso de la vivienda presenta hundimientos o agrietamientos mayores a 1 cm. de grosor? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Si 1	No 2
66. Alguno de los cuartos donde duermen o cocinan ¿tiene piso de tierra? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Si 1	No 2
67. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Material de desecho (cartón, hule, tela, lantitas, etc.) 01	Lámina de cartón 02 } PASAR A E1
	Lámina metálica 03
	Lámina de asbesto 04
	Palma o paja 05
	Madera o tejamanil 06
	Terrado con vigueta 07
	Teja 08
	Losa de concreto o viguetas con bovedilla 09

XXIV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	
68. ¿Al menos un techo de los cuartos presenta flexión y/o fracturas, o está en riesgo de caerse? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Si 1	No 2
69. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Material de desecho (cartón, hule, tela, lantitas, loña, etc.) 01	Lámina de cartón 02 } PASAR A E1
	Lámina metálica o de asbesto 03
	Cantazo, bambú o palma 04
	Embarro o bajareque 05
	Madera 06
	Adobe 07
	Tabique, ladrillo, block, piedra o concreto 08
70. ¿Algún muro de la vivienda presenta grietas o fisuras mayores a 1 cm. de grosor, o está en riesgo de caerse? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Si 1	No 2
71. ¿Qué tipo de baño o escusado tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Con conexión de agua/Con descarga directa de agua 01	Le echan agua con cubeta 02
	Sin admisión de agua (retina seca o húmeda) 03
	Pozo u hoyo negro 04
	No tiene 97 → PASAR A E1
72. ¿El baño o escusado es para uso exclusivo de los habitantes de su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Si 1	No 2
73. En esta vivienda tienen ... <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Agua entubada dentro de la vivienda 01	Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno 02
	Agua entubada de fave pública (o flotante) 03
	Agua entubada que acarrean de otra vivienda 04
	Agua de pipa 05
	Agua de un pozo, río, lago, arroyo 06
	Agua captada de lluvia u otro medio 07
74. ¿Qué tratamiento le dan al agua para beberla? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS	
A. La beben sin ningún tratamiento previo. <input type="checkbox"/>	B. La hierven. <input type="checkbox"/>
C. Le echan cloro. <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 []	

XXIV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA				
75. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA				
A la red pública 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 97				
76. En su vivienda ¿Qué hacen con la basura? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA				
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			
77. ¿Cuál es el combustible que más usan para cocinar? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA				
Gas de cilindro o tanque 01	Gas natural o de tubería 02 } PASAR A E1			
	Electricidad 03			
	Otro combustible 04			
	Leña o carbón 05			
78. ¿Qué aparato usa para cocinar? <input type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE LE INDICAN				
	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda		
Fogón de leña o carbón con chimenea. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fogón de leña o carbón sin chimenea. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fogón ecológico de leña o carbón con chimenea. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
79. ¿En su hogar tiene y sirve? LEER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS RESPUESTAS QUE LE INDICAN PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMOS:				
	¿TIENE?	¿SERVE?		
	SI	NO	SI	NO
A. Refrigerador	1	2	1	2
B. Lavadora automática	1	2	1	2
C. VHS, DVD, BLU-RAY	1	2	1	2
D. Vehículo (carro, camioneta o camión)	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
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. Tinaco	1	2	1	2
P. Aparato para regular la temperatura (ventilador, enfriador, clima, calefactor)	1	2	1	2

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

XXIV. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

80. 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? 07

81. ¿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
 inestada o está en litigio? 06 } PASAR A 83

82. Indique el integrante del hogar que tiene a su nombre las escrituras...
 ACEPTA HASTA 2 RESPUESTAS, ANOTAR EL NÚMERO DE RENGLÓN O LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.

Asociación ejidal 06
 No tiene escrituras 07

Integrante: _____

83. La vivienda tiene:
 MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO

	SI	NO	
A. Dos o más niveles	1	2	
B. Espacio disponible para construcción o uso	1	2	ÁREA m ²
C. Local anexo	1	2	ÁREA m ²

SI LA RESPUESTA ES SI PARA "A" Y "C" ANOTAR EL ÁREA

XXV. POSESIÓN DE BIENES PRODUCTIVOS

84. ¿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 00 } PASAR A 86

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

Integrante: _____

No pertenecen a ningún integrante 05
 Asociación ejidal 06
 No tiene escrituras 07

86. ¿Qué productos cultiva?
 MARCAR TODOS LOS CULTIVOS QUE LE INTERESAN

Milaz	Albatoque	Aguacate
Frijol	Chile	Forrajes
Cereales	Limon	Otro
Frutales	Papa	Ninguno
Caña de azúcar	Café	

→ PASAR A 88

XXV. POSESIÓN DE BIENES PRODUCTIVOS

87. ¿Para cultivar utiliza...
 MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA INCISO

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

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

SI 1
 No 2

89. ¿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?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
B. burros y mulas?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
C. bueyes?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
D. chivos, cabros y borregos?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
E. rosas y vacas?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
F. gallinas y guajolotes (aves)?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
G. cerdos?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE
H. conejos?	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE

XXVI. PROYECTOS PRODUCTIVOS

90. ¿A algún integrante de este hogar le gustaría realizar un proyecto productivo o de servicio?
 SI 01
 No 02
 NS/ NR 00 } PASAR A 91

¿Qué tipo de proyecto productivo o de servicio le gustaría llevar a cabo?
 MARCAR LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS.

EN OTOR EL RENGLÓN DEL INTERVISTADOR QUE LE QUISIERA REALIZAR UN PROYECTO

Agricultura, cría y explotación de animales, aprovechamiento forestal, pesca y caza	<input type="checkbox"/>	_____
Manufactura (elaboración de productos)	<input type="checkbox"/>	_____
Comercio (compra-venta de bienes)	<input type="checkbox"/>	_____
Transporte (mercancías o personas)	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios profesionales, científicos y/o técnicos (oficios)	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios educativos (capacitación)	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios de salud y de asistencia social (enfermería, cuidado de personas)	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios de esparcimiento, culturales y deportivos, y otros servicios recreativos	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios de telecomunicaciones (café internet, casetas telefónicas)	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	_____
Especificar	_____	_____

XXVII. RESULTADO DE LA ENCUESTA

91. ¿La información de la encuesta fue obtenida a través de un tractor?
 MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

SI 1
 No 2

CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA

Completa	01	Defunción del único integrante	07
Incompleta	02	Vivienda no válida	08
Se negó a dar información	03	Problemas políticos, sociales o climáticos	09
Informante inadecuado	04	Ausentes o de uso temporal	10
No se localizó la vivienda en la localidad	06	Vivienda desocupada	11

VISITA DEL ENCUESTADOR	1	2
CÓDIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA	_____	_____
HORA DE TÉRMINO	____:____	____:____

OBSERVACIONES. NINGUNA

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO DEL ENCUESTADOR

"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"

"Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen al Padrón Único de Beneficiarios"

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

Huella digital o firma del informante

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

Anexo 5 Indicadores

Propósito			
Indicador	Método de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición
Permanencia escolar de los beneficiarios del programa.	(Número total de personas de seis a 23 años de edad, cuya madre jefa de familia falleció y era beneficiaria del programa, que están inscritas en una escuela en el año t / Número total de personas de seis a 23 años de edad, cuya madre jefa de familia falleció y era beneficiaria del programa en el año t-1) x 100.	Porcentaje	Anual
Componente			
Indicador	Método de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición
Porcentaje de personas de hasta 23 años de edad apoyadas ante el fallecimiento de su madre jefa de familia.	(Personas de hasta 23 años de edad que reciben su apoyo económico del programa ante el fallecimiento de su madre jefa de familia con pre-registro del programa / Personas de hasta 23 años de edad cuya madre jefa de familia con pre-registro del programa ha fallecido en el trimestre) x 100.	Porcentaje	Trimestral

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA

