

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

ACUERDO por el que se publican los formatos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

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

JOSEFINA EUGENIA VAZQUEZ MOTA, Secretaria de Desarrollo Social, con fundamento en los artículos 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 1, 4 y 5 del Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Social, y

CONSIDERANDO

Que la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece que los actos administrativos de carácter general que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, tales como los formatos, deberán publicarse en el **Diario Oficial de la Federación** para que produzcan efectos jurídicos.

Que para dar cumplimiento al Programa Bianual de Mejora Regulatoria de la Secretaría de Desarrollo Social, resulta necesario dar a conocer los formatos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Que con fecha 21 de mayo de 2003, la Comisión Federal de Mejora Regulatoria notificó a la Secretaría de Desarrollo Social, el oficio número COFEME.03.772, por el cual emitió un dictamen final favorable respecto de los formatos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE PUBLICAN LOS FORMATOS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

UNICO.- Se publican los formatos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los que se contienen en los anexos del presente Acuerdo y que para todos los efectos se consideran como parte integrante del mismo.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Los formatos denominados "Solicitud de recertificación REI-01" y "Ficha de atención", entrarán en vigor el día siete de julio de dos mil tres.

TERCERO.- Los procedimientos iniciados y la información contenida en los formatos utilizados para la operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades antes de la entrada en vigor del presente Acuerdo, conservarán su validez legal, en los términos de las disposiciones aplicables.

CUARTO.- Los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades no se verán afectados con la entrada en vigor del presente Acuerdo, siempre y cuando se cumplan con las Reglas de Operación del Programa y las demás disposiciones aplicables.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de mayo de dos mil tres.- La Secretaria de Desarrollo Social, **Josefina Eugenia Vázquez Mota** - Rúbrica.



ACUSE DE INCORPORACIÓN

Al personal responsable de la incorporación:

- Verifique que los datos preimpresos del titular (apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) coincidan con los de la identificación presentada por el titular.
- Si existe corrección en los datos del titular, escriba el nombre correcto y marque el recuadro correspondiente indicando que no hay cambio de titular.
- Si existe cambio de titular, marque el recuadro correspondiente indicando que hay cambio de titular, marque la causal y escriba el nombre del nuevo titular.
- Si hubo corrección de datos o cambio de titular escriba su nombre completo y firme en el espacio indicado.
- Solicite la firma o huella del Titular.
- Por último, escriba la fecha de incorporación.

DATOS DEL TITULAR

No. de identificación:

Nombre del Titular:

Estado:

Localidad:

Municipio:

AGEB:
(Área Geostadística Básica)

FORMATO DE MODIFICACIONES

(* indicar la causal y anexar el documento soporte correspondiente si se solicita cambio de titular)

Cambio de Titular: NO ☐ SI ☐ *

Causal:

Documentación Soporte

- ☐ Fallecimiento del titular (Acta de defunción o certificado de fallecimiento).
- ☐ Ausencia definitiva del titular de la localidad (Constancia de autoridad local con firma del comité de promoción comunitaria).
- ☐ Incapacidad física o mental permanente (Constancia médica o de la autoridad local con firma del Comité de Promoción Comunitaria).
- ☐ Por error de identificación del titular (Acta de nacimiento)
- ☐ La titular trabaja (Constancia del centro de trabajo o del empleador con firma del Comité Prom. Comunitaria)

Nombre correcto del Titular:

apellido paterno, apellido materno y nombre(s)

Nombre completo y firma autógrafa de quien registra la modificación o el cambio de titular

Oportunidades

Fecha de incorporación

Recibi mi identificación provisional y acepto participar voluntariamente en el Progreso

Firma autógrafa o huella del Titular



IDENTIFICACIÓN PROVISIONAL

Acepto voluntariamente participar en el Progreso y me comprometo a:

1. Inscribir a los niños a la escuela y ayudarles a que asistan y estudien.
2. Llevar a mi familia a la unidad de salud a las consultas.
3. Asistir a las pláticas de educación para la salud.
4. Utilizar el apoyo económico para la alimentación de mi familia y para que los niños dediquen más tiempo a sus trabajos escolares.

DATOS DEL TITULAR

No. de identificación:

Nombre del Titular:

Estado:

Localidad:

Municipio:

AGEB:
(Área Geostadística Básica)

FORMATO DE MODIFICACIONES

(* indicar la causal y anexar el documento soporte correspondiente si se solicita cambio de titular)

Cambio de Titular: NO ☐ SI ☐ *

Causal:

Documentación Soporte

- ☐ Fallecimiento del titular (Acta de defunción o certificado de fallecimiento).
- ☐ Ausencia definitiva del titular de la localidad (Constancia de autoridad local con firma del comité de promoción comunitaria).
- ☐ Incapacidad física o mental permanente (Constancia médica o de la autoridad local con firma del Comité de Promoción Comunitaria).
- ☐ Por error de identificación del titular (Acta de nacimiento)
- ☐ La titular trabaja (Constancia del centro de trabajo o del empleador con firma del Comité Prom. Comunitaria)

Nombre correcto del Titular:

apellido paterno, apellido materno y nombre(s)

Titular Beneficiaria

Nombre completo y firma autógrafa de quien registra la modificación o el cambio de titular

No se puede exigir que se proporcionen ningún documento adicional, a los que se señalan en el formato

* Preimpreso

ANVERSO

Para mayor información, consultas o quejas:

- **Llame** a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- **Escriba** a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- **Envíe un fax** al (015)-55-34-30-00 Extensión 5206
- **Envíe correo electrónico** a atencion@oportunidades.gob.mx
- **Llame a SACTEL** al 01-800-001-48-00

Recuerde que los beneficios del programa se suspenden definitivamente si:

- En dos ocasiones consecutivas la titular no asiste a recibir los apoyos monetarios
- En cuatro meses consecutivos o seis meses discontinuos en el curso de los últimos 12, la familia no cumpla con su corresponsabilidad de asistencia a los servicios de salud
- La familia haya proporcionado información falsa respecto a sus condiciones socioeconómicas
- La titular beneficiaria incurra en mal uso de la Cédula de Identificación
- Se vendan o se dé un uso distinto al indicado a los suplementos alimenticios recibidos
- La titular beneficiaria o algún otro miembro del hogar presente documentación falsa para intentar recibir los apoyos monetarios
- La titular beneficiaria utilice indebidamente el nombre del Programa
- Se detecte duplicación de la titular en el padrón de beneficiarios
- Se compruebe un error de inclusión

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente"

Oportunidades

**SOLICITUD DE RECERTIFICACION
REI-01**

IDENTIFICADOR UNICO

*

SOLICITO SE REALICE LA RECERTIFICACION DE LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE MI FAMILIA Y ME COMPROMETO A:

1. Declarar, bajo protesta de decir verdad, las condiciones socioeconómicas actuales de mi familia, que podrán ser verificadas directamente en mi hogar.
2. Aceptar, en caso de no tener la condición socioeconómica que establece el Programa, ser dada de baja del padrón de beneficiarios de Oportunidades.

No. de identificación: *

Nombre del titular: *

Estado: *

Municipio: *

Localidad: *

Fecha: / /
Día Mes Año

Firma autógrafa o huella del titular

Código de Resultado:

☐ Entregada

☐ Se presentó y no solicita

☐ Falleció

☐ Ya no vive en la localidad

☐ Vive en la localidad y no se presentó

☐ Otro

Oportunidades

Oportunidades

**SOLICITUD DE RECERTIFICACION
REI-01**

IDENTIFICADOR UNICO

*

SOLICITO SE REALICE LA RECERTIFICACION DE LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE MI FAMILIA Y ME COMPROMETO A:

1. Declarar, bajo protesta de decir verdad, las condiciones socioeconómicas actuales de mi familia, que podrán ser verificadas directamente en mi hogar.
2. Aceptar, en caso de no tener la condición socioeconómica que establece el Programa, ser dada de baja del padrón de beneficiarios de Oportunidades.

No. de identificación: *

Nombre del titular: *

Estado: *

Municipio: *

Localidad: *

Fecha: / /
Día Mes Año

Titular Beneficiaria

* Preimpreso

No se puede exigir que se proporcionen ningún documento adicional, a less que se señalen en el formato

ANVERSO

Para mayor información, consultas o quejas:

- **Llame** a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- **Escriba** a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- **Envíe un fax** al (015)-55-34-30-00 Extensión 5206
- **Envíe correo electrónico** a atencion@oportunidades.gob.mx
- **Llame a SACTEL** al 01-800-001-48-00

Recuerde que los beneficios del programa se suspenden definitivamente si:

- En dos ocasiones consecutivas la titular no asiste a recibir los apoyos monetarios
- En cuatro meses consecutivos o seis meses discontinuos en el curso de los últimos 12, la familia no cumple con su corresponsabilidad de asistencia a los servicios de salud
- La familia haya proporcionado información falsa respecto a sus condiciones socioeconómicas
- La titular beneficiaria incurra en mal uso de la Cédula de Identificación
- Se vendan o se dé un uso distinto al indicado a los suplementos alimenticios recibidos
- La titular beneficiaria o algún otro miembro del hogar presente documentación falsa para intentar recibir los apoyos monetarios
- La titular beneficiaria utilice indebidamente el nombre del Programa
- Se detecte duplicación de la titular en el padrón de beneficiarios
- Se compruebe un error de inclusión

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente"

REVERSO

Oportunidades

FICHA DE ATENCION

BIMESTRE DE APLICACIÓN: _____
(PARA USO DEL AREA DE PADRON)

FECHA DE REGISTRO

DÍA MES AÑO

MOVIMIENTOS QUE SE REALIZAN

Clave RPT y S: Sedesol-004-00

MOVIMIENTO	FECHA	MOVIMIENTO	FECHA

I. DATOS DE LA TITULAR

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ AGEB: _____
NOMBRE DE LA TITULAR: _____ FOLIO TITULAR: _____

II. CORRECCION DE DATOS *

NOMBRE DEL INTEGRANTE A CORREGIR (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)		SEXO (H ó M)	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")
1	ACTUAL:			☐ COPIA ACTA DE NACIMIENTO ☐ COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR ☐ CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
	CORREGIDO:			
2	ACTUAL:			☐ COPIA ACTA DE NACIMIENTO ☐ COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR ☐ CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
	CORREGIDO:			
3	ACTUAL:			☐ COPIA ACTA DE NACIMIENTO ☐ COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR ☐ CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
	CORREGIDO:			

III. CAMBIO DE TITULAR *

DOCUMENTACIÓN SOPORTE:

☐ FALLECIMIENTO ACTA DE DEFUNCIÓN O CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO
☐ AUSENCIA DEFINITIVA CONSTANCIA DE AUTORIDAD LOCAL CON FIRMA OBLIGATORIA DEL COMITÉ DE PROMOCIÓN COMUNITARIA
☐ DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL CONSTANCIA MÉDICA O DE LA AUTORIDAD LOCAL CON FIRMA OBLIGATORIA DEL COMITÉ DE PROMOCIÓN COMUNITARIA
☐ ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN ACTA DE NACIMIENTO
☐ LA TITULAR TRABAJA CONSTANCIA DEL CENTRO DE TRABAJO O DEL EMPLEADOR CON FIRMA OBLIGATORIA DEL COMITÉ DE PROMOCIÓN COMUNITARIA

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE A TITULAR: _____

SEXO: ☐ H ☐ M FECHA DE NACIMIENTO: _____ APARECE PREIMPRESO EN EL FORMATO SI⁽¹⁾ () ES NUEVO INTEGRANTE⁽²⁾ ()
(MARQUE SOLO UNA CON "X")

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

(1) ACTA DE NACIMIENTO O CONSTANCIA DE LA AUTORIDAD LOCAL
(2) ACTA DE NACIMIENTO O ACTA DE MATRIMONIO O ACTA DE NACIMIENTO DE ALGUNO DE SUS HIJOS PARA COMPROBAR SU PARENTESCO CON LA FAMILIA

DEBERÁ SOLICITAR LA REEXPEDICIÓN DE APOYOS Y NO SE LE RECOGERÁ LA PLANILLA DE HOLOGRAMAS A LA TITULAR ANTERIOR

IV. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS *

BIMESTRE(S) QUE SOLICITA: _____

MOTIVO:

☐ NO ACUDIÓ A RECOGER SUS APOYOS EL BIMESTRE ANTERIOR, POR: _____
☐ NO LLEGÓ PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN LIQUIDADORA
☐ APOYOS INCOMPLETOS ☐ NO LLEGÓ EL RECIBO ☐ CAMBIO DE LOCALIDAD
☐ CAMBIO TITULAR ☐ REPOSICIÓN DE HOLOGRAMAS ☐ NO FUE ENTERADA LA TITULAR

V. ALTA DE INTEGRANTE *

NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	PARENTESCO CON JEFE DE FAMILIA	SEXO (H ó M)	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")
1				☐ COPIA ACTA DE NACIMIENTO ☐ CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL ☐ COPIA ACTA DE MATRIMONIO
2				☐ COPIA ACTA DE NACIMIENTO ☐ CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL ☐ COPIA ACTA DE MATRIMONIO
3				☐ COPIA ACTA DE NACIMIENTO O ☐ CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL ☐ COPIA ACTA DE MATRIMONIO

ACUSE FICHA DE ATENCION

Clave RPT y S: Sedesol-004-00

NOMBRE DEL TITULAR: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
FOLIO OPORTUNIDADES DE LA TITULAR: _____

NOTE, LA(S) SOLICITUD(ES) QUE REALIZÓ LA TITULAR	NOTE, QUE DOCUMENTACIÓN SOPORTE ENTREGÓ LA TITULAR
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE LA
PERSONA QUE ELABORÓ LA FICHA

ANVERSO

VI. CAMBIO DE LOCALIDAD Y/O ESTADO *

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ AGE: _____

DOCUMENTACIÓN SOPORTE:

() MISMO ESTADO: CONSTANCIA DE RESIDENCIA DE LA AUTORIDAD () OTRO ESTADO: CONSTANCIA DE RESIDENCIA DE LA AUTORIDAD DE SU NUEVA LOCALIDAD

NOTA: EL CAMBIO DE LOCALIDAD APLICA SOLO CUANDO MIGRA A UNA LOCALIDAD QUE ATIENDE EL MISMO PROGRAMA

VII. BAJA DE INTEGRANTE *

	NOMBRE DEL INTEGRANTE A DAR DE BAJA (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	CAUSA (MARQUE CON UNA "X")		DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")
		FALLECIMIENTO	ABANDONO DE HOGAR O MIGRACIÓN	
1		()	()	() COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN O CONSTANCIA DEL FALLECIMIENTO () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
2		()	()	() COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN O CONSTANCIA DEL FALLECIMIENTO () CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL

VIII. REPOSICIÓN DE PLANILLA DE HOLOGRAMAS, TARJETAS O PAPELERÍA *

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE
() CAMBIO DE TITULAR O LOCALIDAD () PLANILLA DE HOLOGRAMAS DAÑADA	() PLANILLA DE HOLOGRAMAS DAÑADA (EN CASO DE EXISTIR) O CONSTANCIA DE LA AUTORIDAD
() PÉRDIDA O ROBO DE LA PLANILLA DE HOLOGRAMAS () PÉRDIDA O ROBO DE LA IDENTIFICACIÓN PROVISIONAL	() CONSTANCIA DE LA AUTORIDAD LOCAL O MUNICIPAL

IX. REACTIVACIÓN AL PROGRAMA *

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X")
() BAJA POR ERRORES EN LA CERTIFICACIÓN DE LA CORRESPONSABILIDAD	() CONSTANCIA DEL SECTOR QUE INDIQUE SU ERROR EN EL LLENADO DEL FORMATO DE CUMPLIMIENTO S2 DEL BIMESTRE INMEDIATO ANTERIOR
() BAJA POR ENCONTRARSE EN PROCESO DE CAMBIO DE TITULAR	() AVISO DE ASISTENCIA DEL SECTOR () ACUSE FICHA DE ATENCIÓN

X. REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA *

- () BAJA POR NO PRESENTARSE A RECIBIR SUS APOYOS MONETARIOS EN DOS OCASIONES CONSECUTIVAS.
() BAJA POR INCUMPLIMIENTO EN SU ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD, 4 MESES SEGUIDOS O 6 MESES DURANTE UN AÑO CALENDARIO O POR NO HABER RECOGIDO PLANILLA DE HOLOGRAMAS, TARJETA O FIRMADO CONTRATO.

XI. REVISIÓN DE FOLIO *

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE
() DESCONOCE EL MOTIVO DE LA BAJA	() FOLIO DEL TITULAR
() NO HABÍA ACEPTADO INCORPORARSE CUANDO INCORPORARON A SU LOCALIDAD () REGRESO A SU COMUNIDAD () FAMILIA NO IDENTIFICADA COMO BENEFICIARIA	() FOLIO ENCASER

XII. RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DE LA TITULAR (ACTUAL O PROPUESTA) OBLIGATORIA	NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DE LA PROMOTORA O VOCAL (DE ESTAR PRESENTE)
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA LA FICHA DE ATENCIÓN OBLIGATORIA	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CAPTURA EN EL ÁREA DE PADRÓN OBLIGATORIA

NOTA: LA FICHA DE ATENCIÓN QUEDARÁ INVÁLIDA EN CASO DE NO PRESENTAR EL DOCUMENTO SOPORTE CORRECTO DE ACUERDO A LA SOLICITUD EXPUESTA

Conserve este documento para cualquier aclaración posterior al trámite que solicita, el trámite con base en los criterios y tiempos establecidos en las Reglas de Operación del Programa vigentes y a la información del Padrón de Beneficiarios del Programa. Adicionalmente, el plazo de atención está sujeto a las fechas de corte del mantenimiento al padrón.

Para mayor información, consulte a sus:

- Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 20:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (015)-55-34-30-60 Extensión 5205
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx
- Llame a SACTEL al 01-800-001-48-00

Recuerde que los beneficios del programa se suspenden definitivamente si:

- En dos ocasiones consecutivas la titular no acude a recibir los apoyos monetarios
- En cuatro meses consecutivos o seis meses discontinuos en el curso de los últimos 12, la familia no cumple con su corresponsabilidad de asistencia a los servicios de salud
- La familia ha proporcionado información falsa respecto a sus condiciones socioeconómicas
- La titular beneficiaria incurra en mal uso de la Cédula de Identificación
- Se venden o se da un uso distinto al indicado a los suplementos alimenticios recibidos
- La titular beneficiaria o algún otro miembro del hogar presenta documentación falsa para intentar recibir los apoyos monetarios
- La titular beneficiaria utiliza indebidamente el nombre del Programa
- Se detecta duplicación de la titular en el padrón de beneficiarios
- Se comprueba un error de inclusión

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente"

REVERSO