



BOLETÍN OFICIAL

DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR



LAS LEYES Y DEMÁS DISPOSICIONES SUPERIORES SON OBLIGATORIAS POR EL HECHO DE PUBLICARSE EN ESTE PERIÓDICO.	DIRECCION: SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO	CORRESPONDENCIA DE SEGUNDA CLASE REGISTRO DGC-No. 0140883 CARACTERÍSTICAS 315112816
---	--	---

GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR PODER EJECUTIVO

REFORMA al Artículo 4, Fracción III, Inciso d) del Reglamento Interior de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur.....1

ACUERDO por el que Se Emiten las Reglas de Operación para la Implementación del Programa de Empleo Temporal en sus variantes de Normal e Inmediato, en el Estado de Baja California Sur, para el Ejercicio Fiscal 2016.....3

ACUERDO por el que Se Emiten las Reglas de Operación del Programa “Asistencia de Vida” en el Estado de Baja California Sur para Ejercicio Fiscal 2016.....24

ACUERDO por el que Se Emiten las Reglas de Operación del Programa “Mejor Abrigo” en el Estado de Baja California Sur para el Ejercicio Fiscal 2016.....46



GOBIERNO DEL
BAJA CALIFORNIA SUR
 MEJOR FUTURO

PLAN DE GOBIERNO
**NUEVO SISTEMA
 DE JUSTICIA PENAL**

CARLOS MENDOZA DAVIS, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES QUE ME CONFIERE EL ARTÍCULO 79 FRACCIÓN XXIII DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 1, 3, 4 Y 5 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TIENE A BIEN EXPEDIR LA SIGUIENTE:

REFORMA AL ARTÍCULO 4, FRACCIÓN III, INCISO d) DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, PARA QUEDAR COMO SIGUE:

Artículo 4.- ...

Para el desempeño de su función, la Procuraduría contará con la siguiente estructura orgánica:

...

III. Subprocuraduría de Atención a Delitos de Alto Impacto:

a) a c) ...

d) Unidad Especializada en Investigación del delito de Privación de la Libertad Personal y Secuestro y su judicialización.

...

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. La presente reforma al Reglamento interior de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur, entrará en vigor el día de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado.



G O B I E R N O D E
BAJA CALIFORNIA SUR
M E J O R F U T U R O

BAJA CALIFORNIA SUR
**NUEVO SISTEMA
DE JUSTICIA PENAL**

ARTÍCULO SEGUNDO. Las referencias o actos realizados por la Unidad Especializada en Investigación de delitos de Privación Ilegal de la Libertad y Secuestro y su Judicialización se entenderán como ejecutados por la Unidad Especializada en Investigación del Delito de Privación de la Libertad Personal y Secuestro y su judicialización, para todos los efectos legales.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo, en la ciudad de La Paz, Baja California Sur, a los 22 días del mes agosto del dos mil dieciséis.

A T E N T A M E N T E

CARLOS MENDOZA DAVIS
EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
DE BAJA CALIFORNIA SUR

ÁLVARO DE LA PEÑA ANGULO
SECRETARIO GENERAL DE
GOBIERNO

ERASMO PALEMÓN ALAMILLA
VILLEDA
PROCURADOR GENERAL DE
JUSTICIA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA SUR



GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

ACUERDO por el que se emiten las REGLAS de OPERACION para la Implementación del Programa de EMPLEO TEMPORAL en sus variantes de Normal e Inmediato, en el Estado de Baja California Sur, para el ejercicio fiscal 2016.

CARLOS MENDOZA DAVIS, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, EN EL EJERCICIO DE LA FACULTAD QUE ME CONFIERE EL ARTICULO 79 FRACCION XXIII DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 1,2,3,4,8,16 FRACCION X Y 30 DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TENGO A BIEN EXPEDIR EL SIGUIENTE:

ACUERDO por el que se emiten las REGLAS de OPERACION para la Implementación del Programa de EMPLEO TEMPORAL en sus variantes de Normal e Inmediato, en el Estado de Baja California Sur, para el ejercicio fiscal 2016.

1. INTRODUCCION

Que los programas a través de los cuales se otorguen subsidios o apoyos deberán sujetarse a reglas de operación con el objeto de asegurar que la aplicación de los recursos públicos se realice con eficiencia, eficacia, economía, honradez y transparencia. Asimismo, se señalarán en el Presupuesto de Egresos los criterios generales a los cuales se sujetarán las reglas de operación de los programas.

Que los programas sociales, entre ellos, el Programa de Empleo Temporal y Empleo Temporal Inmediato, se destinarán, en la entidad, en los términos de las disposiciones aplicables, exclusivamente a la población en condiciones de pobreza, vulnerabilidad, rezago y marginación, de acuerdo con los criterios de resultados que defina el Consejo Nacional de Población y a las evaluaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en los programas que resulte aplicable y la Declaratoria de Zonas de Atención Prioritaria formulada tanto por la Cámara de Diputados, como por el congreso local 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 33 de la Ley General de Desarrollo Social, y tomando en consideración los criterios que proponga El Ejecutivo del Estado.

Que el Estado de Baja California Sur, principalmente los Municipios de Los Cabos, La Paz y Loreto dependen económica y mayoritariamente, de la actividad turística, en especial Los Cabos, por otra parte, los de Comondú y Múgele lo hacen de la Agricultura, Ganadería y Minera, actividades todas que se ven severamente afectadas por las contingencias climatológicas y la actividad turística directa o indirectamente.

Que el Gobierno del Estado, dentro de su Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021 (PEDBCS/2015-2021) dentro del su Objetivo General en el numeral "3. Desarrollo Humano y Calidad de Vida" en el Vector V.3.4. Fortalecimiento del Desarrollo Social y los Sub-vectores V.3.4.1 al V.3.4.8. Prevé la factibilidad

3



de implementar acciones que incidan directamente en mejorar las condiciones de vida de todos los Sudcalifornianos y en especial a los más vulnerables y marginados, así como a los grupos prioritarios. Que, en este marco, las dependencias serán responsables de emitir las reglas de operación, lineamientos de implementación y apertura programática de los programas que inicien su operación

en el ejercicio fiscal en curso o el siguiente y, en su caso, las modificaciones a aquellas que continúen vigentes, previa autorización presupuestaria de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado.

Que la vigencia del Programa de Empleo Temporal y Empleo Temporal Inmediato será para el ejercicio fiscal 2016 y que este será revisado anualmente.

2. CONSIDERANDO

Que, con fecha del jueves 31 de diciembre del 2016, en el Diario Oficial de la Federación, salió publicado el "ACUERDO por el que los integrantes del Comité Técnico Federal del Programa de Empleo Temporal emiten las Reglas de Operación del Programa de Empleo Temporal (PET) para el ejercicio fiscal 2016.

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

ERNESTO JAVIER NEMER ÁLVAREZ, Subsecretario de Desarrollo Social y Humano de la Secretaría de Desarrollo Social; RODOLFO LACY TAMAYO, Subsecretario de Planeación y Política Ambiental de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales; RAÚL MURRIETA CUMMINGS, Subsecretario de Infraestructura de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes; FLORA PATRICIA MARTÍNEZ CRANSS, Subsecretaria de Empleo y Productividad Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, con fundamento en los artículos 32, 32 bis, 36 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, como integrantes del Comité Técnico del Programa de Empleo Temporal..."

"...Que la ejecución de los proyectos y acciones del Programa de Empleo Temporal (PET), deberán operarse para apoyar temporalmente a hombres o mujeres en periodo de baja demanda laboral y en emergencias naturales o económicas, complementando las estrategias de otros programas sociales, en el desarrollo de infraestructura social básica y actividad productiva..."

"...Que los apoyos otorgados deberán sujetarse a criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad;

Que en un marco de coordinación intersectorial, las reglas de operación serán emitidas por el Comité Técnico del Programa de Empleo Temporal, integrado por los Subsecretarios de: Desarrollo Social y Humano de la SEDESOL; Infraestructura de la SCT; Planeación y Política Ambiental de la SEMARNAT y de Empleo y Productividad Laboral de la STPS;

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 Gobierno del Estado de Baja California Sur, tiene la intención de alinear la operación de sus programas, a las normas y disposiciones que tiene vigentes en programas similares o iguales el



Gobierno de la Republica, para una verdadera integración de estrategias, objetivos y acciones de beneficio social a la población objetivo de cada una de estas.

Por lo anteriormente expuesto, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO por el que se emiten las REGLAS de OPERACION para la Implementación del Programa de EMPLEO TEMPORAL en sus variantes de Normal e Inmediato, en el Estado de Baja California Sur, para el ejercicio fiscal 2016.

3. OBJETIVOS

Las presentes Reglas de Operación e Implementación serán válidas para el Programa de Empleo Temporal tanto en su modalidad "Normal" como en la de "Inmediato".

Dentro del Plan Estatal de Desarrollo para el Estado de Baja California Sur 2015-2021 en el Vector 'V.3.4. Fortalecimiento del Desarrollo Social' estipula los 8(ocho) apartados o carencias sociales a que se abocara este programa estatal para disminuirlos de forma sensible. (V.3.4.1. al V.3.4.8.)

El Programa Estatal de Empleo Temporal Normal y/o Inmediato tendrá cobertura en los 5(cinco) Municipios, tanto en las Zonas Urbanas como en las Zonas Rurales.

3.1. GENERAL

El Programa de Empleo Temporal (PET) y el de Empleo Temporal Inmediato (PETI) contribuirán al bienestar de hombres y mujeres Sudcalifornianos que enfrentan una reducción de sus ingresos y de la población afectada por emergencias, mediante apoyos económicos directos temporales por su participación en proyectos de beneficio familiar o comunitario.

3.2. ESPECÍFICO

Otorgar apoyos económicos a las personas mayores de 16 años que vean disminuidos o afectados sus ingresos o su patrimonio a causa se situaciones sociales y económicas adversas, emergencias o desastres, como contraprestación por su participación en proyectos específicos dentro de su comunidad, que sean de beneficio social, familiar o comunitario.

4. COPARTICIPACION

Únicamente cuando exista coparticipación o mezcla de recurso entre el Gobierno del Estado y el Gobierno Federal y/o Municipal, el presente programa estatal se regirá por las reglas de operación de la Federación, en forma complementaria a estas, que tiene publicadas y vigentes la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) a la fecha, para el Programa de Empleo Temporal y Empleo Temporal Inmediato, mismas que se pueden consultar en su página oficial y en la liga siguiente:

http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/45625_2016_PET.pdf

5. RUBROS PRINCIPALES DE ATENCION

Para cada acción que se proponga realizar, deberá contar con un "Expediente Técnico Ejecutivo" en donde se especificara:



❖ Tipo de Acción propuesta y su justificación. Localidad donde se propone implementar. Presupuesto para la implementación del Proyecto, Numero de Jornales por Beneficiario y total del proyecto. Número de Beneficiarios que recibirán el apoyo. Fecha de Inicio y culminación. Estos se mencionan únicamente de forma enunciativa y nunca de forma limitativa.

5.1. Mejoramiento de la Infraestructura local:

Contribuir a mejorar las condiciones del medio familiar y comunitario,

5.1.1. Desarrollo de proyectos en infraestructura para;

- 5.1.1.1. Mejoramiento de vialidades.
- 5.1.1.2. Dotación de agua, saneamiento, ampliación de drenaje y alcantarillado, construcción, mejoramiento y rehabilitación de espacios e inmuebles públicos.
- 5.1.1.3. Mejoramiento y rehabilitación de la infraestructura básica en vivienda.
- 5.1.1.4. Construcción, rehabilitación y mantenimiento de infraestructura educativa.
- 5.1.1.5. Construcción, ampliación o rehabilitación de infraestructura de electrificación.
- 5.1.1.6. Proyectos que contribuyan a mejorar la infraestructura básica local con acciones de rehabilitación y mantenimiento del entorno urbano local.
- 5.1.1.7. Otros proyectos que contribuyan a mejorar la infraestructura social básica local.

5.2. Conservación y Reconstrucción de la Red Rural y Alimentadora:

- 5.2.1. Apoyar el mantenimiento de la red rural y alimentadora;
- 5.2.2. Acciones de conservación y reconstrucción de caminos rurales y alimentadores.
- 5.2.3. Acciones de limpieza y mantenimiento de vialidades de acceso y principales dentro de las localidades rurales.

5.3. Preservación del Patrimonio Histórico del Estado:

- 5.3.1. Contribuir a preservar el patrimonio cultural del Estado y los 5 Municipios en las zonas arqueológicas y monumentos históricos y culturales.
- 5.3.2. Apoyar en el mantenimiento y rehabilitación del Patrimonio Histórico y Cultural.

5.4. Conservación, Restauración y Aprovechamiento Sustentable de los Recursos Naturales:

- 5.4.1. Contribuir a la conservación de los ecosistemas, oasis y en sí de los recursos naturales;
- 5.4.2. Acciones de protección, conservación y restauración de los recursos naturales.
- 5.4.3. Acciones para el aprovechamiento sustentable de los recursos naturales.

5.5. Atención alimentaria a Grupos de Riesgo y Bancos de Alimentos:

- 5.5.1. Acciones que contribuyan con la disminución de la carencia de acceso a la alimentación;
- 5.5.2. Proyectos de formación y rescate de la cultura alimentaria;
- 5.5.3. Proyectos Productivos de Autoconsumo.
- 5.5.4. Proyectos de recolección, acopio y distribución de alimentos.

5.6. Comunicación Educativa Ciudadana:

- 5.6.1. Capacitar en actividades de formación ciudadana para la ejecución de proyectos orientados al desarrollo comunitario, el fortalecimiento del tejido social y la prevención del delito;
- 5.6.2. Proyectos de desarrollo comunitario;
- 5.6.3. Proyectos productivos locales.
- 5.6.4. Proyectos de formación cívica en la comunidad.
- 5.6.5. Apoyo a grupos vulnerables.
- 5.6.6. Conservación ambiental.
- 5.6.7. Mejoramiento del entorno urbano.
- 5.6.8. Atención a víctimas del delito.



- 5.6.9. Tratamiento de adicciones.
- 5.6.10. Rescate de tradiciones.
- 5.6.11. Integración comunitaria.
- 5.6.12. Difusión cultural y deportiva.

5.7. Proyectos Productivos:

- 5.7.1. Contribuir al desarrollo de actividades productivas que permitan la sustentabilidad de los hogares y grupos vulnerables.
- 5.7.2. Proyectos de naturaleza productiva de los tipos;
- 5.7.3. Agropecuario.
- 5.7.4. Forestal.
- 5.7.5. Pesquero.
- 5.7.6. Acuícola.
- 5.7.7. Agroindustrial.

Todos estos atendiendo lo establecido en los lineamientos respectivos de la "Cabeza de Sector" correspondiente del gobierno del estado.

5.8. Mejoramiento de la Salud:

- 5.8.1. Ejecutar estrategias y acciones que contribuyan a la prevención de enfermedades y al mejoramiento de la salud.
- 5.8.2. Acciones y obras preventivas relacionadas con la salud, tales como información, saneamiento, educación y comunicación.

5.9. Acciones para mitigar el impacto del cambio climático:

- 5.9.1. Promover y capacitar en el uso sustentable de los recursos naturales.
- 5.9.2. Ejecutar acciones para la adaptación de las familias y comunidades a los impactos del cambio climático.
- 5.9.3. Acciones de mitigación y de adaptación.
- 5.9.4. Infraestructura social para el aprovechamiento responsable de los recursos naturales.

6. APOYOS OTORGADOS

Los valores a continuación mencionados se utilizarán para el pago de mano de obra (71%min.), materiales requeridos (24%max.) y gastos para supervisión (5%max.) para ambas vertientes (PET y PETI) a implementar, salvo que se indique lo contrario en el Proyecto Ejecutivo específico que requiera la consideración de modificarlos debido a las características especiales del mismo.

6.1. Monto del Apoyo:

- 6.1.1. Los apoyos que entregan los Programas de Empleo Temporal y Empleo Temporal Inmediato son económicos, de forma directa al beneficiario ya sea en efectivo, medios electrónicos o mediante cheque bancario.
- 6.1.2. El monto económico a entregar a cada beneficiario consiste en "Jornales" equivalentes al 99% de un salario mínimo general diario vigente en el área geográfica en que se desarrolla el proyecto o en donde se realizan las tareas para la atención de la emergencia.
- 6.1.3. El monto máximo permitido a entregar por beneficiario será de 2(dos) Jornales diarios y con un máximo de 132(ciento treinta y dos) jornales dentro del ejercicio fiscal en que ocurra.

6.2. Tipos de Apoyos Otorgados:

6.2.1. Apoyos a la participación social;



Acciones de Protección Social y Participación Ciudadana.

6.2.1.1. Son aquellas orientadas a favorecer la participación de las y los beneficiarios para el desarrollo personal, familiar y comunitario, implementadas según los Lineamientos vigentes de las Dependencias que en congruencia participen en cada proyecto.

6.2.1.2. Adicionalmente el apoyo incluye la capacitación para la conformación de la Red Social, la compensación económica y la entrega de materiales de identificación y apoyo a la divulgación para los Gestores Voluntarios.

6.2.1.3. La red social fomentara la participación social mediante actividades relacionadas con;

6.2.1.3.1. Acciones de prevención y remediación contra desastres.

6.2.1.3.2. Educación para aminorar los daños provocados por desastres.

6.2.1.3.3. Talleres de planeación y organización participativa.

6.2.1.3.4. Otros temas en beneficio personal, familiar o comunitario.

6.2.2. Apoyos Directos;

6.2.2.1. Apoyo económico a los beneficiarios,

6.2.2.2. Se otorgará este apoyo económico consistente en jornales equivalentes al 99% del salario mínimo general diario vigente.

6.2.2.3. Se podrán entregar un máximo de 132(ciento treinta y dos) jornales por beneficiario dentro de un mismo ejercicio fiscal.

6.2.3. Apoyos para la Ejecución de Proyectos:

6.2.3.1. Apoyo para Adquisición o Arrendamiento de herramientas, materiales y equipo, así como costos de transporte especificados en el proyecto ejecutivo de la acción a realizar.

6.2.3.2. Se podrán otorgar apoyos económicos o en especie para la adquisición o arrendamiento de materiales, herramientas, maquinaria, equipo, incluyendo implementos de protección para los beneficiarios.

6.2.3.3. Se podrán otorgar apoyos económicos de los costos de transporte necesarios para realizar los proyectos autorizados.

6.2.3.4. Para este tipo de apoyo, el porcentaje máximo del presupuesto autorizado para el proyecto ejecutivo en cuestión no será superior al 24.00% (veinticuatro%)

6.3. Entrega de los Apoyos:

6.3.1. La Fecha y Tiempos de entrega del recurso, ya sea económico o en especie, dependerá de lo especificado en el calendario de ejecución de acciones dentro del proyecto ejecutivo al que se refiera y que previamente ya hubiese sido autorizado por la Secretaria de Desarrollo Social del Gobierno del Estado. (SEDESObcs)

7. Derechos, Compromisos y Requisitos de los Beneficiarios

Para ser elegibles los posibles beneficiarios de estos programas PET y PETI, deben cumplir con los requisitos y criterios de elegibilidad siguientes:

7.1. Derechos

7.1.1. Recibir información y orientación clara y oportuna sobre la operación del programa.

7.1.2. Recibir información clara y oportuna de los alcances, fines y objetivos y temporalidad del programa y/o proyecto.



7.1.3. Recibir oportuna y gratuitamente los apoyos y beneficios del programa, conforme a sus Reglas de Operación y los Lineamientos de Operación e Implementación.

7.2. Compromisos

7.2.1. Proporcionar información oportuna, clara, veraz y comprobable

7.2.2. Autorizar y Permitir que personal de SEDESObcs pueda verificar y comprobar la información proporcionada por el Solicitante del apoyo.

7.2.3. Autorizar a la SEDESObcs que a su nombre haga las gestiones necesarias para obtener ante otras instancias de Gobierno o Instituciones ya sean públicas o privadas, lo pertinente para obtener el apoyo solicitado.

7.3. Requisitos específicos

7.3.1. Tipo de apoyo solicitado;

7.3.2. Nombre del beneficiario;

7.3.3. Datos de localización: calle, número, colonia, código postal, estado, municipio y/o localidad (indicando entre qué calles se ubica el domicilio).

7.3.4. Números telefónicos locales o celulares del solicitante y/o beneficiario, así como de los familiares, amigos o vecinos, donde se les pueda localizar o dejar recado; requisito indispensable para contactarle y dar continuidad a su trámite.

7.4. Documentación que deberá proporcionar el Solicitante o Beneficiario

Todas las solicitudes se recibirán y manejarán de manera individual, quedando excluidas peticiones grupales, colectivas, de congregaciones religiosas, de partidos políticos, y/o asociaciones civiles.

7.4.1. Los datos necesarios y verídicos para llenar el Cuestionario Preliminar de situación Socioeconómica de SEDESObcs. (Anexo I)

7.4.2. Los datos necesarios y suficientes para la correcta ubicación de su residencia, con los datos que requiere el formato de Microlocalización para Georreferenciación de la SEDESObcs. (Anexo II)

7.4.3. Fotocopia de su Clave Única de Registro de Población. (CURP)

7.4.4. Constancia de identidad y edad con fotografía, expedida por autoridad municipal.

7.4.5. Fotocopia de identificación oficial con fotografía del beneficiario, la cual pueden ser identificación con fotografía, pasaporte, credencial expedida por institución gubernamental.

7.4.6. En escrito simple, otorgar liberación total de responsabilidad a la SEDESObcs, por el uso, mal uso y/o abuso del equipo otorgado dentro de este programa. (Anexo III)

7.4.7. El Solicitante o Beneficiario deberá proporcionar todos y cada uno de los datos incluidos en el "Cuestionario Único de Información Socioeconómica de la SEDESObcs (CUIS). (Anexo IV)

8. Control y Auditoría

Debido al impacto del Programa/Estrategia, por las características de su cobertura a nivel estatal dentro de los 5 municipios, así como por la importancia y sensibilidad de los recursos asignados, éste es materia de revisión por los diferentes órganos fiscalizadores de las instancias participantes, quienes se encargan de vigilar que se cumpla con la normatividad aplicable en la materia y en las Reglas de Operación y lineamientos vigentes.

La Contraloría General del Estado, tendrá a su cargo las Funciones de Control Presupuestal y Auditoría del Programa, con fundamento en lo dispuesto por el Artículo 32 fracciones I, VI, VI, VIII, XIV



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur y 53 de la Ley de Planeación del Estado de Baja California Sur.

9. Quejas y Denuncias

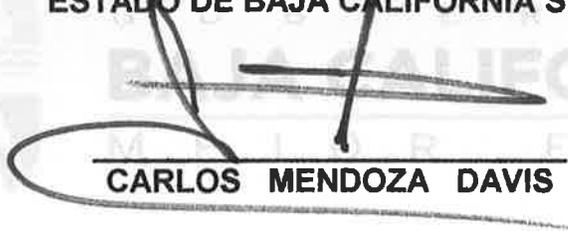
Cualquier irregularidad, queja, denuncia, sugerencia o reconocimiento de la ciudadanía en general, se podrá realizar en el buzón de sugerencias y quejas de la Contraloría General del Estado ubicado en la SEDESObcs. en Isabel la Católica y Ocampo, colonia centro, C.P. 23000, La Paz, Baja California Sur; y de manera personal, escrita o telefónica a la Contraloría General del Estado ubicada en Ignacio Allende e/ Isabel la Católica y Dionisia Villarino Colonia Centro, La Paz, Baja California Sur, al teléfono 12 2 21 63. Así como a sus equivalentes del Gobierno Federal a los que está sujeta la SEDESOL.

10. No Previstos.

Cualquier circunstancia(s) NO prevista(s) en estas Reglas de Operación que se diera en el transcurso y vigencia de este Programa del Gobierno Estatal, será atendida y resuelta únicamente por El Titular de la Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur.

Dado en la Ciudad de La Paz, Baja California Sur, a los 20 días del mes de agosto de 2016.

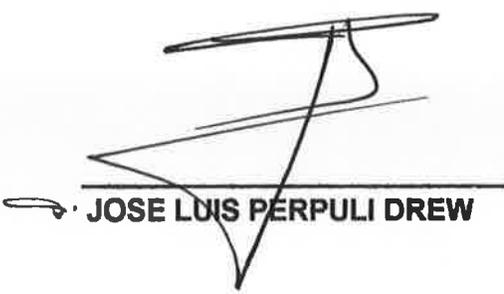
ATENTAMENTE
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR


CARLOS MENDOZA DAVIS

SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO


ALVARO DE LA PEÑA ANGULO

SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL


JOSE LUIS PERPULI DREW



**DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.
ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

Folio / Registro.

Fecha

Nombre del Encuestador

Nombre de la/el Solicitante				Edo. Civil			
				S	D	V	UL

Domicilio Localidad

Colonia Municipio LP LC CO LTO MU

Teléfono

Escolaridad	Fecha Nac.	Ocupación	Centro de Trabajo

Tipo de empleo				Tipo de Ingreso		
Temporal	Permanente	Fines de semana	Desempleada	Semanal	Quincenal	Mensual

APOYO QUE SOLICITA

PERSONAS QUE VIVEN CON USTED EN SU DOMICILIO

Nombre	sexo	Edad	Parentesco	Edo Civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual	Aportación al hogar
BENEFICIARIO(A)							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
TOTAL INGRESOS (incluido el de la persona beneficiaria)							\$	\$

ANEXO I_1/2

Página 9 de 21



EGRESOS (cálculo mensual)

Alimento	Gas	Luz	Agua	Teléfono	Educación	Transporte	Vivienda	Médico	Medicinas	Total
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Hay alguien de la familia con problemas de:

Alcoholismo		Drogas		Enfermedad Crónica			
SI	NO	SI	NO	SI	NO	¿CUÁL?	

Hay alguien de la familia con alguna discapacidad

SI	NO	¿CUÁL?	
----	----	--------	--

Marcar con una (x)

Los bienes y servicios con los que cuenta.

Agua	Electricidad	Fosa	Letrina	Drenaje	Empedrado	Pavimento	Transporte publico	Recolección de basura	Teléfono
Internet	Gas	Leña	Carbón	IMSS	ISSSTE	Médico Particular	Seguro popular	Centro De salud	Cruz Roja
TV.	Refrigerador	Cama	Estufa	Comedor	Sala	Alacena	Ropero	Lavadora	Plancha
Licuadaora	Microondas	Computadora	Radio	A/C	Ventilador	Closet	Automóvil	T.V. Cable	

Marcar con una (x)

¿Cuál de estos alimentos consumen y cada cuándo?

	Came	Pollo	Pescado	Huevo	Leche	Refresco	Cereales	Frijol	Arroz	Soya	Frutas	Verduras
No												
Diario												
Semana												
Quincena												
mes												

Documentos entregados

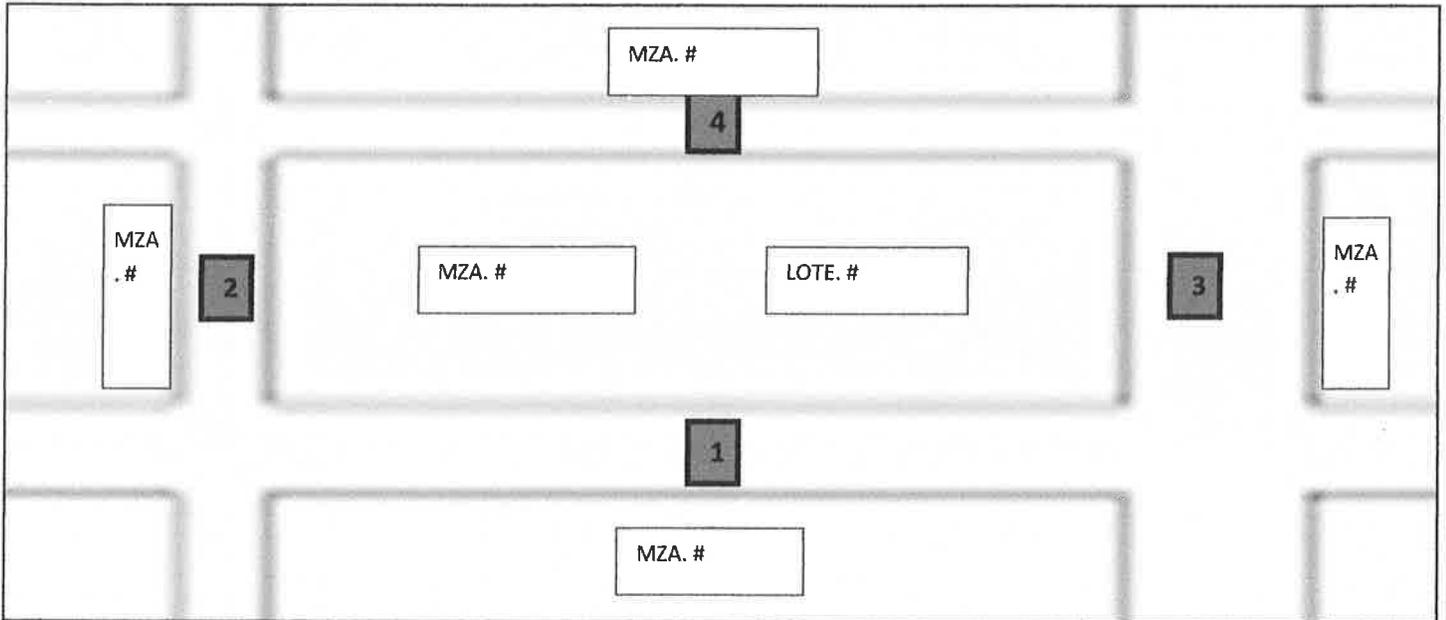
Identificación oficial c/ fotografía		C.U.R.P.		Comprobante de Domicilio		Acta nacimiento	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Nombre y firma del Solicitante

ANEXO I_2/2



CROQUIS DE MICROLOCALIZACIÓN PARA GEORREFERENCIACIÓN



Nombre del beneficiario:

CURP:

Colonia:

(1) Principal
Manzana
Lote No.

(2) Derecha

(3) Izquierda

(4) Posterior

(5) Observaciones/ Referencias de Acceso y/ o Ubicación

ANEXO II



FORMATO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

PROGRAMA EMPLEO TEMPORAL 2016. (PET – PETI)

Municipio: _____
Localidad: _____
Fecha: _____

Secretaría de Desarrollo Social del
Gobierno del Estado de B.C.S.

Por medio de la presente y atendiendo lo establecido en los Lineamientos de Operación de operación de los programas "Empleo Temporal" y "Empleo Temporal Inmediato", por este conducto libero de toda responsabilidad a la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado (SEDESObcs), por el mal uso que pudiera hacer del equipo otorgado dentro de este programa

Agradeciendo de antemano la atención.

Atentamente

Nombre y firma

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

ANEXO III

Página 12 de 21



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Integridad del hogar

VIII. Datos de todos los integrantes del hogar

No.	Condición de residencia	Parentesco	Tiene CURP	¿Cuál es la CURP de (Nombre)?	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de nacimiento
01	12	13	14	15	16	17	18	19
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

MEXICO
SEDESOL

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

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

ANEXO IV_3/9
Página 15 de 21
17



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

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

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

Integrantes del hogar

XI. Educación		XII. Situación conyugal		XIII. Condición laboral	
¿Cuál fue el motivo principal por el que (NOMBRE) dejó la escuela? (NO EN LAS OPCIONES ESSENCIALES DE ESTA ENCUESTA Y ANOTAR EL MOTIVO NUMERICAL)		¿Cuál es el estado civil (situación conyugal) de (NOMBRE)? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		¿Cuál es la razón de (NOMBRE) no haya trabajado el mes pasado? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
No	31.	No	32.	No	36.
Abandono escolar 01 Condición sus estudios 02 No de acuerdo al tiempo para matricularse 03 Se retiró de la escuela por falta de dinero 04 Tuvo que trasladarse en casa para cuidar a otra persona 05 Debió ir a trabajar 06 No le gustó la escuela 07 No hay escuela en el lugar donde vive 08 Se casó o por matrimonio/paternidad 09 Necesita trabajar para mantenerse 10 Regresó a sus estudios 11 Añade otro motivo en la escuela y al deducirse 12 Sus compañeros lo molestaron mucho 13 Se pudo ya no ir a la escuela que se quiere a estudiarlo 14 No lo aceptaron en la escuela 15 No había dinero 16 Otra causa 17 No sabe/no responde		Vive en unión libre 01 Es casado(a) 02 Es separado(a) 03 Es divorciado(a) 04 Es viudo(a) 05 Es viudo(a) 06 NS/NI		¿Cuál es la razón de (NOMBRE) no haya trabajado el mes pasado? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 01 ¿Vive en el hogar? 02 ¿Qué hace? ANOTAR EL MOTIVO QUE CORRESPONDA 03 ¿Trabaja pero no en el hogar? 04 ¿Trabaja en otro lugar? 05 ¿Trabaja en el hogar? 06 Realizó trabajos ocasionales 07 No tiene trabajo 08 No sabe/no responde	
¿Cuál fue el motivo principal por el que (NOMBRE) dejó la escuela? (NO EN LAS OPCIONES ESSENCIALES DE ESTA ENCUESTA Y ANOTAR EL MOTIVO NUMERICAL) 01 Condición sus estudios 02 No de acuerdo al tiempo para matricularse 03 Se retiró de la escuela por falta de dinero 04 Tuvo que trasladarse en casa para cuidar a otra persona 05 Debió ir a trabajar 06 No le gustó la escuela 07 No hay escuela en el lugar donde vive 08 Se casó o por matrimonio/paternidad 09 Necesita trabajar para mantenerse 10 Regresó a sus estudios 11 Añade otro motivo en la escuela y al deducirse 12 Sus compañeros lo molestaron mucho 13 Se pudo ya no ir a la escuela que se quiere a estudiarlo 14 No lo aceptaron en la escuela 15 No había dinero 16 Otra causa 17 No sabe/no responde		¿Cuál es el estado civil (situación conyugal) de (NOMBRE)? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA Vive en unión libre 01 Es casado(a) 02 Es separado(a) 03 Es divorciado(a) 04 Es viudo(a) 05 Es viudo(a) 06 NS/NI		¿Cuál es la razón de (NOMBRE) no haya trabajado el mes pasado? ANOTAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 01 ¿Vive en el hogar? 02 ¿Qué hace? ANOTAR EL MOTIVO QUE CORRESPONDA 03 ¿Trabaja pero no en el hogar? 04 ¿Trabaja en otro lugar? 05 ¿Trabaja en el hogar? 06 Realizó trabajos ocasionales 07 No tiene trabajo 08 No sabe/no responde	
01	<input type="checkbox"/>	01	<input type="checkbox"/>	01	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	04	<input type="checkbox"/>	04	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	06	<input type="checkbox"/>	06	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	08	<input type="checkbox"/>	08	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	09	<input type="checkbox"/>	09	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>

MÉXICO
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
SEDSOL

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



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

Integrantes del hogar												
XIII. Condición laboral												
No.	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
Tempo de trabajo	Trabajo subdesarrollado	Experiencia en el trabajo principal	Prestaciones laborales	Forma de ingreso	Ingreso por trabajo	Seguros voluntarios	Seguros voluntarios	Subsidio	Otros apoyos	Adidos mayores		
¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)	¿Cuántos años trabajó en su trabajo principal el mes pasado? (NOMBRE)
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												

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

EL LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS DE CONTACTO EL LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS DE CONTACTO



EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

XVIII. Salud en el hogar

51. ¿Alguna integrante del hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico?

SI ¿Cuál? I II III NO

AGUDA: RESPONDA SI/NO

A. Artritis	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
B. Cáncer	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
C. Cirrosis	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
D. Diabetes I y II	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
E. Diabetes	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
F. Enfermedad del corazón	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
G. Enfermedad pulmonar	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
H. VIH	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
I. Deficiencia nutricional (anemia/desnutrición)	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
J. Hipertensión	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
K. Obesidad	1	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

52. ¿Algun integrante del hogar tiene limitación para...
LEER TODAS LAS OPCIONES MARCAR LA(S) QUE LE RINDI(EN).

A. Caminar, moverse, salir o bajar escaleras?	1	SI	NO
B. Ver o oír lo suficiente para trabajar?	1	SI	NO
C. Hablar, conversar o conversar?	1	SI	NO
D. Ir al baño para ir al baño?	1	SI	NO
E. Vestirse, lavarse o tomar, desplazarse u otros de cuidado personal?	1	SI	NO
F. Poder atender, aprender cosas nuevas o concentrarse?	1	SI	NO

AGRADECE REVISIÓN DE NUESTRO CALO Y OMBEN DE LA LIMITACIÓN ACERCA NUESTRA 2 INTERVISTAS

GAUO DE LIMITACIÓN

Limitación personal	1	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Limitación cognitiva (no puede razonar)	2	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>

ORIGEN DE LA LIMITACIÓN

Porque nació así	01	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Por un accidente	02	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Por un accidente	03	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Por una enfermedad	04	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Por otra causa	05	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
No sabe/no responde	06	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>

XIX. Salud en el hogar

53. Cuando tienes problemas de salud ¿en dónde se atienden los integrantes del hogar?

ANONDA LA CASITA 2 RESPUESTAS

Centro de salud, Hospital o Instituto de la Secretaría de Salud

MSS-PROGRESA	01	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	02	<input type="checkbox"/>
Otro servicio médico público (IMSS, IMSSA, IMSS, IMSS, IMSS)	03	<input type="checkbox"/>
Consultorio y/o hospital privado	04	<input type="checkbox"/>
Consultorio de farmacia	05	<input type="checkbox"/>
Consultorio, Herbol, farmacia, tienda	06	<input type="checkbox"/>
Consultorio, Herbol, farmacia, tienda	07	<input type="checkbox"/>
En farmacia	08	<input type="checkbox"/>
Otro	09	<input type="checkbox"/>
No se atienden	10	<input type="checkbox"/>
No sabe/no responde	11	<input type="checkbox"/>

XIX. Trabajo no remunerado

54. ¿Quién realiza regularmente las siguientes actividades? ANONDA EL RANGO DE NUESTRO O LOS CÍRCULOS SI SE 94 Y 95 SEGUN CORRESPONDA A CADA HASTA 2 INTERVISTAS

A. Cuidar su hogar de manera ordinaria a niños, enfermos, adultos mayores o discapacitados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trabajo remunerado o voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Reparaciones a la vivienda, aparatos domésticos o vehículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Realizar el trabajo de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Acreditar algún libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los integrantes del hogar
95
96
97
98
99
No sabe/no responde

XX. Otros integrantes del hogar

55. ¿En este hogar vive algún integrante que sea... ANONDA LA CASITA 2 RESPUESTAS

A. mujer(o) de edad (no sexual) de cualquier orientación de género (matrimonial, escalar o civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. adulto de una pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. adulto de algún esposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. amestorador de algún extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. director(o) o sirviente (no eventual de cualquier orden de gobierno (Instituto Central, Federal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. servicio público (no eventual de cualquier orden de gobierno (Instituto Central, Federal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. integrante de las sacerdotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XXI. Alimentos

56. ¿Algunas es el hogar recibe dinero proveniente de otros países? ANONDA LA CASITA 2 RESPUESTAS

SI NO

XXII. Gasto y consumo

57. Regularmente en un mes ¿cuánto gasta su hogar en... ANONDA LA CANTIDAD EN PESOS DE OMBEN AL QUE SE CONVIENE O LA OMBEN QUE CORRESPONDA PARA CADA INDO

No gasta... 0

No sabe/no responde... 99999

A. la compra de alimentos: (leche, carne, pescado 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 (transporte, computación, libros escolares, etc)

XXIII. Seguridad alimentaria

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

cantidad No sabe/no responde

59. ¿Con qué frecuencia consume por semana...? LEER TODAS LAS OPCIONES MARCAR LA(S) QUE INDO

A. Cereales y tubérculos	<input type="checkbox"/>								
B. Verduras	<input type="checkbox"/>								
C. Frutas	<input type="checkbox"/>								
D. Leguminosas	<input type="checkbox"/>								
E. Carne y huevo	<input type="checkbox"/>								
F. Lácteos	<input type="checkbox"/>								
G. Alimentos altos en grasas y/o azúcar	<input type="checkbox"/>								

Alimentos

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

60. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto (integrante de 18 años o más)... ANONDA LA CASITA 2 RESPUESTAS

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

61. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez alguien mejor de 18 años en su hogar... ANONDA LA CASITA 2 RESPUESTAS

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

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



EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

XIII. Seguridad alimentaria

62. ¿Acostumbra preparar los ingredientes menores de 12 años de edad hogar?
 SI
 NO HAY MENORES DE 12 AÑOS → **NS/NA**

63. ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda contando la cocina?
 (no cuente ni pasillos ni baños)

64. ¿Cuántos cuartos usan para dormir?

65. En el cuarto donde cocinan ¿también duermen?
 SI
 NO

XIV. Características de la vivienda

70. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda?
 Material de desecho (cartón, tubo, tela, lantitas, tela, etc.)
 Lantita de cartón
 Lantita metálica
 Lantita de albero
 Paja o paja
 Madera o leñal
 Tejado con vigas
 Teja
 Losa de concreto o vigas con bóveda

71. ¿Al menos un hecho de los cuartos presenta fractura o fracturas, o está en riesgo de caer?
 SI
 NO

72. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda?
 Material de desecho (cartón, tubo, tela, lantitas, tela, etc.)
 Lantita de cartón
 Lantita metálica o de albero
 Cartón, bambú o paja
 Bamburo o bajareque
 Madera
 Adobe
 Tabique, ladrillo, bloc, piedra o concreto

73. ¿Algun muro de la vivienda presenta grietas o fisuras mayores a 1 cm. de grosor, o está en riesgo de caer?
 SI
 NO

74. ¿Qué tipo de baño o tocado tiene su vivienda?
 Con conexión de agua (con fregadero de agua)
 La ducha agua con caldero
 Sin conexión de agua (terrina seca o humada)
 Pozo o bano negro
 No tiene

75. ¿El baño o tocado de su vivienda fue otorgado por algún programa gubernamental al (Federal, Estatal o Municipal)?
 SI
 NO

76. ¿El baño o tocado es para uso exclusivo de los habitantes de su vivienda?
 SI
 NO

XV. Características de la vivienda

77. En esta vivienda tienen...
 Agua entubada dentro de la vivienda
 Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno
 Agua entubada de línea pública (o bienante)
 Agua entubada que atraviesa de otro vivienda
 Agua de pozo
 Agua de un pozo, río, lago, arroyo
 Agua captada de lluvia u otro medio

78. ¿Qué tratamiento le da al agua para beberla?
 A. La beben sin ningún tratamiento previo
 B. La hierven
 C. Le echan cloro
 D. Usan un filtro
 E. Compran agua embotellada o en garrafón
 F. Otro
 Especificar _____

79. ¿Qué tipo de desague de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. Infiltración
 B. A una tubería que va a una grieta o barranca
 C. A una tubería que va a un río, lago o mar
 D. No tiene desague ni drenaje
 E. Otro

80. En su vivienda ¿qué hacen con la basura?
 La tiran en un contenedor, la recoge un camión o centro de basura
 La queman
 La entierran
 La tiran en el basurero público
 La tiran en un terreno baldío o calle
 La tiran al río, lago, mar o barranca

81. ¿Cuál es el combustible que más usan para cocinar?
 Gas de cilindro o botique
 Gas natural o de red
 Bichichichil
 Otro combustible
 Leña o carbón

82. ¿Qué aparato usa para cocinar?
 Fogón de leña o carbón con chimenea
 Fogón de leña o carbón sin chimenea
 Fogón ecológico de leña o carbón con chimenea

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

Handwritten signature and date: 22

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO



G O B I E R N O D E
BAJA CALIFORNIA SUR
 M E J O R F U T U R O

**ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA
 “ASISTENCIA DE VIDA” EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR
 PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.**

CARLOS MENDOZA DAVIS, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, EN EL EJERCICIO DE LA FACULTAD QUE ME CONFIERE EL ARTICULO 79 FRACCION XXIII DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 1,2,3,4,8,16 FRACCION X Y 30 DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TENGO A BIEN EXPEDIR EL SIGUIENTE:

**ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA
 “ASISTENCIA DE VIDA” EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR
 PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.**

CONSIDERANDO

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

Que los programas sociales, entre ellos, el Programa “Asistencia de Vida”, se destinarán, en la entidad, en los términos de las disposiciones aplicables, exclusivamente a la población en condiciones de pobreza, de vulnerabilidad, rezago y de marginación, de acuerdo con los criterios de resultados que defina el Consejo Nacional de Población y a las evaluaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en los programas que resulte aplicable y la Declaratoria de Zonas de Atención Prioritaria formulada tanto por la Cámara de Diputados, como por el Congreso Local 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 33 de la Ley General de Desarrollo Social, y tomando en consideración los criterios que proponga El Ejecutivo del Estado.

Que el Programa Asistencial de Vida, fue sometido y puesto a consideración del Ejecutivo Estatal de conformidad con el Artículo 31 de la Ley de Planeación del Gobierno del Estado de Baja California Sur y que está alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2015 – 2021 en el Eje 3 para el Desarrollo Humano y Calidad de Vida, mismo que dispone orientar las acciones gubernamentales a superar los rezagos sociales y la desigualdad, para mejorar la calidad de vida de las familias sudcalifornianas.



Que la vigencia del Programa Asistencia de Vida será el ejercicio fiscal 2016 y que será revisado anualmente.

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 Finanzas y Administración del Gobierno del Estado.

Por lo anteriormente expuesto, Se ha tenido a bien expedir las siguientes:

REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA “ASISTENCIA DE VIDA” EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.

1. Introducción

Uno de los principios fundamentales para lograr el desarrollo social y humano es garantizar que las personas discapacitadas puedan cubrir sus necesidades básicas de cuidados y atención, pues cuando éstas no son satisfechas se condiciona el crecimiento, desarrollo y calidad de vida, además del adecuado funcionamiento diario, lo que constituye un obstáculo para alcanzar un mayor nivel posible de salud y bienestar.

Asimismo, el programa contribuye al cumplimiento del Objetivo del Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021 y del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el que se establecen como prioridad el garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población. Al respecto, las acciones de este programa se alinean a las Estrategias del Plan Estatal de Desarrollo y del Plan Nacional de Desarrollo que buscan asegurar un acceso a los servicios básicos de atención y cuidados adecuada de los Sudcalifornianos, en particular para aquellos en pobreza o pobreza extrema o estar comprendidos dentro de los estándares del CONEVAL como sujetos vulnerables y que se ubiquen por debajo de los 6 salarios mínimos mensuales, como ingreso personal o familiar.

En cuanto a las prioridades sectoriales, este programa se alinea al Objetivo del Programa Sectorial de Desarrollo Social, el cual tiene como propósito fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, así como a la Estrategia, que busca ampliar las capacidades de alimentación, nutrición, salud y educación, así como del Ingreso Familiar de las personas en condición de pobreza o pobreza extrema.

En el Estado de Baja California Sur el Sistema Integral de Focalización para el Desarrollo (SIFODE) de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno Federal, tiene identificados, mediante Cuestionario Único de Identificación Socioeconómica (CUIS) a 5,957 personas con alguna discapacidad, así también el INEGI, en su conteo del 2010, tiene registradas a 23,988 Personas con discapacidad. Por otra parte, el Instituto Sudcaliforniano de Inclusión para Personas Discapacitadas tiene registradas y/o credencializadas a 4,943 personas con al menos un tipo de discapacidad.

Las cifras anteriores indican la necesidad de abordar, de manera asistencial, el apoyo a las Familias que tienen dentro de su seno a una persona discapacitada, ayudando a elevar el ingreso de estas.



El acceso a mejores condiciones de vida para las personas discapacitadas en el Estado de Baja California Sur, es un tema de gran importancia y en el que está, El Gobernador del Estado, enfocado para crear condiciones más favorables, tanto en el ámbito social, económico, de infraestructura e inclusión con la creación de programas, acciones y estrategias para contribuir en el abatimiento de estas limitantes.

Por lo anterior, el Programa "Asistencia de Vida" para personas/familias con discapacidad, contribuye a mejorar el acceso a los estándares mínimos de desarrollo, bienestar e inclusión social de sus beneficiarios y beneficiarias, mediante la entrega de apoyos monetarios.

Hay un número importante de familias que, pese a que forman parte de su población objetivo, no pueden ser atendidas por otros programas estatales, municipales o federales, todos de Inclusión

Social, en virtud de que para su operación, estos programas requieren de la existencia de servicios de salud y seguridad social, los cuales no están disponibles para la totalidad del Estado de Baja California Sur. Por lo anterior, se considera necesario que la implementación de instrumentos complementarios de política pública, se oriente a la población que no puede ser atendida por otros programas existentes de Inclusión Social y que se encuentre en las mismas condiciones socioeconómicas y de ingreso.

Desde esta perspectiva, el Programa "Asistencia de Vida" para personas/familias con discapacidad tiene un rol primordial en las acciones que conforman el Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021 que realiza el Gobierno del Estado Baja California Sur, potenciando los esfuerzos que ayuden a alcanzar el derecho a una mejor calidad de vida de estas familias, que tienen a una persona en esta condición.

2. Objetivos

2.1. General

Contribuir para que las FAMILIAS en situación de vulnerabilidad que presentan problemática originada por contar dentro del seno familiar, con un miembro en condición de discapacidad, puedan subsanar, en alguna medida, su situación económica familiar, dados los gastos en tiempo, atención y cuidados que esta conlleva, siempre y cuando estén comprendidos, mediante estudio socioeconómico como grupo vulnerable, dentro de los valores de pobreza o pobreza extrema, que sean de alta o muy alta marginación, teniendo como máximo un ingreso familiar acumulado de 6 salarios mínimos mensuales (equivalentes a \$13,212.00 trece mil doscientos doce pesos 00/100), esto en beneficio de la familia susceptible de ser apoyada por esta asistencia social.

2.2. Objetivo Específico

Apoyar mediante una transferencia económica directa, a las Familias que vieron disminuidos o no han podido incrementar su ingreso familiar, dado que algún familiar directo en primer o segundo grado han tenido que dejar de trabajar o no ha podido incorporarse a una actividad productiva, por estar de forma solidaria y altruista, al cuidado del familiar discapacitado que requiere cuidados y atención diaria de manera directa:



- 2.2.1. De coordinación y articulación institucional que promuevan que la población atendida acceda efectivamente a la oferta institucional de programas sociales estatales, municipales y federales que incrementen sus capacidades de acceso a servicios y productos, en especial alimenticios, que mejoren el bienestar económico de las familias y de todos sus integrantes;
- 2.2.2. Que los gastos económicos requeridos para atender estos servicios y productos NO se conviertan en "gastos excesivos" para los familiares del paciente.
- 2.2.3. Que establezcan la instrumentación del Plan Estatal de Desarrollo del Gobierno del Estado de Baja California Sur 2015-2021 y alineado al Plan Nacional de Desarrollo Social como estrategia de inclusión y bienestar social, fomentando la participación de los sectores público, social y privado de organizaciones e instituciones tanto nacionales como internacionales a fin de dar cumplimiento a los objetivos de la misma;
- 2.2.4. Los apoyos otorgados por este programa son con carácter asistencial y de excepción y estarán sujetos a verificación por parte de la SEDESObcs cuando lo juzgue conveniente y nunca se tomarán con carácter de apoyo permanente.

3. Lineamientos

3.1. Cobertura

Este Programa opera en localidades del ámbito rural y urbano de todo el territorio del Estado de Baja California Sur, dentro de los cinco Municipios, donde habita de forma regular y permanente la población objetivo.

La estimación de la meta de cobertura del Programa "Asistencia de Vida" para Personas/Familias con Discapacidad, se realizará considerando el presupuesto asignado al Programa, a través del Presupuesto de Egresos de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, además de los siguientes elementos:

- 3.1.1. Que el Beneficiario o Familia Beneficiaria NO sobrepase un ingreso familiar acumulado de 6(seis) salarios mínimos mensuales (equivalentes a \$13,212.00 trece mil doscientos doce pesos 00/100)
- 3.1.2. Que se encuentre considerado como persona de alta o muy alta vulnerabilidad social mediante un estudio socioeconómico preliminar que se le realizará;
- 3.1.3. Que NO estén siendo atendidas y/o apoyadas por ningún otro programa de asistencia social o de salud similar, ya sea estatal, federal, municipal o de asistencia privada;
- 3.1.4. El Apoyo otorgado por el Programa "Asistencia de Vida" para Personas/Familias Discapacitadas, en caso de proceder, se entregará de forma asistencial mensualmente por transferencia económica directa.

3.2. Requisitos de Elegibilidad de los posibles beneficiarios para la inclusión al Programa

- 3.2.1. La Persona con discapacidad deberá estar Registrada y Credencializada por el Instituto Sudcaliforniano para la Inclusión de las Personas Discapacitadas.
- 3.2.2. Deberá contar con el Certificado que expide el CREE (Centro de Rehabilitación y Educación Especial) donde especifica el Tipo de discapacidad y el Grado de esta.
- 3.2.3. El Apoyo del presente Programa se entrega a la Persona que realiza el cuidado y/o asistencia directa de la persona discapacitada, para coadyuvar en el ingreso familiar y que este sea de ayuda a solventar los requerimientos mínimos de bienestar social familiar y



siempre será entregado como subsidio asistencial y bajo ninguna causa este creara de forma directa o indirecta un vínculo laboral con la Secretaria de Desarrollo Social del Gobierno del Estado.

- 3.2.4.** La persona con discapacidad deberá presentar cualquier tipo de esta, dentro de los cuatro grupos que clasifica el INEGI; (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática)
- 3.2.4.1.** Discapacidades Sensoriales y de la Comunicación; (visual y auditiva)
- 3.2.4.2.** Discapacidades Motrices; (movilidad)
- 3.2.4.3.** Discapacidades Mentales;
- 3.2.4.4.** Discapacidades Múltiples; (dos o más tipos de discapacidades)
- 3.2.4.5.** Discapacidades Psicosociales. Grupos claves especiales.
- 3.2.5.** El Grado de la Discapacidad para poder ser considerada su incorporación el programa deberá ser tipificado como Media o Alta;
- 3.2.6.** Que la persona discapacitada requiera permanentemente los cuidados y ayuda de una persona para realizar sus más elementales actividades de vida cotidiana, como son de aseo personal, preparación de alimentos, administración y consumo de medicamentos prescritos por el médico, de superación personal y autoestima;
- 3.2.7.** Que dicho "Cuidador" o persona de ayuda sea un Familiar Directo en Primer o Segundo Grado.
- 3.2.8.** Que dicho "Cuidador" o persona de ayuda lo venga haciendo de forma desinteresada y altruista sin percibir, por parte de la persona discapacitada o familia de este, percepción alguna por desempeñar esta actividad. Y tampoco por ninguna otra institución o programa de gobierno u organismos públicos o privados.
- 3.2.9.** Que la persona de ayuda NO puede incorporarse a una actividad productiva o ha dejado de hacerlo y por este motivo no puede contribuir al ingreso familiar.
- 3.2.10.** Que la Persona con discapacitada o su Familia al momento de solicitar su incorporación al Programa NO esté efectuando erogación alguna por concepto de pago, en cualquier modalidad, al familiar que se ha venido haciendo cargo de la ayuda proporcionada a esta.

4. Características del Apoyo del Programa

- 4.1.** Estos se entregarán de forma asistencial, por transferencia económica directa mensual, dentro de los primeros 10(diez) días de cada mes, en una sola exhibición.
- 4.2.** El monto máximo que se podrá otorgar por cada mes será de \$2,191.20 (dos mil ciento noventa y un pesos 20/100 M.N.) equivalentes a 1SMM (un salario mínimo mensual) dentro del ejercicio fiscal en que ocurra.
- 4.3.** La SEDESObcs podrá efectuar verificaciones cuando así lo juzgue conveniente para constatar el cumplimiento del objetivo del presente programa y dictaminar la continuidad del apoyo o la suspensión de este.

5. Instancias Participantes:



5.1. Instancia Normativa;

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur, a través de la Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, será la Instancia Normativa del Programa y estará facultada para interpretar las presentes Reglas, informando a la Oficina del Secretario de Desarrollo Social en su carácter de Coordinadora Sectorial del Programa de Apoyos y tipo de estos.

5.2. Instancia de Control

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur, a través de su Dirección de Desarrollo Comunitario y Participación Social, será la que levantará la cedula socioeconómica con los datos mínimos del Solicitante y/o Beneficiario para evaluar la factibilidad de poder proporcionarle el apoyo solicitado mediante un análisis Socioeconómico preliminar que le sirva de Validación para la pertinencia de la entrega solicitada.

5.3. Instancia Ejecutora

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur, a través de la Dirección de Desarrollo Social y Humano, será la Instancia Ejecutora del Programa, debiendo informar a la Secretaría de los Apoyos entregados a beneficiarios, en un lapso no mayor a 72 horas de haberlo efectuado, de acuerdo a la disponibilidad de recursos asignados al programa, para el ejercicio fiscal.

6. Derechos, Compromisos y Requisitos de los posibles Beneficiarios

Los posibles beneficiarios deben cumplir, proporcionar y/o entregar con y los requisitos siguientes:

6.1. Derechos

- 6.1.1. Recibir información y orientación clara y oportuna sobre la operación del programa;
- 6.1.2. Recibir oportuna y gratuitamente los apoyos y beneficios del programa, conforme a sus Reglas de Operación y su Normatividad;
- 6.1.3. Dada la connotación social de los tipos de apoyo que otorga este programa, que sean entregados estos en términos que en las presentes Reglas de Operación se estipulan,
- 6.1.4. Que en el caso de que no sea elegible para obtener los apoyos de este programa, de forma inmediata sea re direccionado a quien posiblemente si pueda apoyarlo.

6.2. Compromisos

- 6.2.1. Proporcionar información oportuna, clara, veraz y comprobable
- 6.2.2. Autorizar y Permitir que personal de SEDESObcs pueda verificar y comprobar la información proporcionada por el Solicitante del apoyo.
- 6.2.3. Autorizar a la SEDESObcs que a su nombre haga las gestiones necesarias para obtener ante otras instancias de Gobierno Estatal, Municipal, Federal o Instituciones ya sean públicas o privadas, lo pertinente para obtener el apoyo solicitado.

6.3. Requisitos específicos que deberá proporcionar el Solicitante o Beneficiario.

- 6.3.1. Tipo de apoyo solicitado; (Anexo I)
- 6.3.2. Nombre de la Persona Discapacitada;
- 6.3.3. Nombre de la Persona Familiar Directo que le brinda el apoyo y cuidados. (Anexo II)
- 6.3.4. Nombre y firma de un familiar directo (padres, hijos, hermanos, esposos, concubinos), que sería el depositario de los apoyos que mensualmente se entregaría a la Familia. (Anexo II)



- 6.3.5. Datos de localización: calle, número, colonia, código postal, estado, municipio y/o localidad indicando entre qué calles se ubica el domicilio.
- 6.3.6. Números telefónicos locales o celulares del solicitante y/o beneficiario, así como de los familiares, amigos o vecinos, donde se les pueda localizar o dejar recado; requisito indispensable para contactarle y dar continuidad a su trámite;
- 6.3.7. Proporcionar datos verídicos y suficientes para elaborar el Estudio Socioeconómico. (Anexo III)
- 6.3.8. Copia fotostática de su Credencial vigente del ISIPD;
- 6.3.9. Copia del Certificado de Tipo de discapacidad y grado de esta, emitido por el CREE;
- 6.3.10. Acta de nacimiento de la persona discapacitada y del familiar directo que recibe el apoyo;
- 6.3.11. Copia de la CURP de la persona discapacitada y del familiar directo que recibe el apoyo;
- 6.3.12. Copia de Identificación Oficial con Fotografía de la persona discapacitada y del familiar directo que recibe el apoyo;
- 6.3.13. Proporcionar la información suficiente y verídica para el levantamiento del Cuestionario Único de Identificación Socioeconómica (CUIS) de la SEDESObcs. (Anexo IV)
- 6.3.14. Declaran ambos que conocen el proceso a seguir para la consideración del apoyo solicitado, las condiciones bajo las que opera el programa y lo firman de conformidad. (Anexo V)

7. Seguimiento, Control y Auditoría

Con el propósito de corroborar la correcta operación del Programa, la Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, llevará a cabo el seguimiento del ejercicio de los recursos asignados al mismo, así como a las acciones ejecutadas, resultados, indicadores y metas alcanzadas.

Así mismo la Contraloría General del Estado, supervisara lo anterior con fundamento en lo dispuesto por el Artículo 32, fracciones I, IV, VI, VIII, XIV DE LA Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur y 53 de la Ley de Planeación del Estado de Baja California Sur.

8. Quejas y Denuncias

Cualquier irregularidad, queja, denuncia, sugerencia o reconocimiento de la ciudadanía en general, se podrá realizar en el buzón de sugerencias y quejas de la Contraloría General del Estado o de manera personal, escrita o telefónica a la Contraloría General del Estado ubicada en Ignacio Allende e/ Isabel la Católica y Dionisio Villarino Colonia Centro, La Paz, Baja California Sur.



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

9. No Previstos.

Cualquier circunstancia(s) NO prevista(s) en estas Reglas de Operación que se diera en el transcurso y vigencia de este Programa del Gobierno Estatal, será atendida y resuelta únicamente por el Titular de la Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur.

TRANSITORIOS

ÚNICO. - El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado.

Dado en la Ciudad de La Paz, Baja California Sur, a los 30 días del mes de Agosto de 2016.

ATENTAMENTE
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

CARLOS MENDOZA DAVIS

SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO

ALVARO DE LA PEÑA ANGULO

SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL

JOSE LUIS PERPULI DREW



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEL ESTADO DE B.C.S.
FORMATO DE SOLICITUD**

PROGRAMA "ASISTENCIA DE VIDA"

Municipio: _____
Localidad: _____
Fecha: _____

Lic. José Luis Perpuli Drew
Secretario de Desarrollo Social del
Gobierno del Estado de B.C.S.
P r e s e n t e.

Por medio de la presente y atendiendo lo establecido en las Reglas de Operación del Programa "Asistencia de Vida" vigentes, el (la) que suscribe, _____, manifiesta su interés por recibir los apoyos del Programa, por un monto de \$ _____ (_____ 00/100 M.N.), equivalentes a un salario mínimo mensual, para la situación que a continuación se describe:

Atentamente

Nombre y firma

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

ANEXO I



DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.
ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Folio / Registro.

Fecha

Nombre del Encuestador		<input type="text"/>				
Nombre de la/el Solicitante					Edo. Civil	
					S	D
					V	UL
Domicilio	<input type="text"/>			Localidad	<input type="text"/>	
Colonia	<input type="text"/>			Municipio	LP	LC
				CO	LTO	MU
Teléfono	<input type="text"/>					

Escolaridad	Fecha Nac.	Ocupación	Centro de Trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de empleo				Tipo de Ingreso		
Temporal	Permanente	Fines de semana	Desempleada	Semanal	Quincenal	Mensual
<input type="text"/>						

APOYO QUE SOLICITA
<input type="text"/>

PERSONAS QUE VIVEN CON USTED EN SU DOMICILIO

Nombre	sexo	Edad	Parentesco	Edo Civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual	Aportación al hogar
BENEFICIARIO(A)							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
TOTAL INGRESOS (incluido el de la persona beneficiaria)							\$	\$

ANEXO III_1/2



EGRESOS (cálculo mensual)

Alimento	Gas	Luz	Agua	Teléfono	Educación	Transporte	Vivienda	Médico	Medicinas	Total
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Hay alguien de la familia con problemas de:

Alcoholismo		Drogas		Enfermedad Crónica			
SI	NO	SI	NO	SI	NO	¿CUÁL?	

Hay alguien de la familia con alguna discapacidad

SI	NO	¿CUÁL?	
----	----	--------	--

Marcar con una (x)

Los bienes y servicios con los que cuenta.

Agua	Electricidad	Fosa	Letrina	Drenaje	Empedrado	Pavimento	Transporte publico	Recolección de basura	Teléfono
Internet	Gas	Leña	Carbón	IMSS	ISSSTE	Médico Particular	Seguro popular	Centro De salud	Cruz Roja
TV.	Refrigerador	Cama	Estufa	Comedor	Sala	Alacena	Ropero	Lavadora	Plancha
Licudadora	Microondas	Computadora	Radio	A/C	Ventilador	Closet	Automóvil	T.V. Cable	

Marcar con una (x)

¿Cuál de estos alimentos consumen y cada cuándo?

	Carne	Pollo	Pescado	Huevo	Leche	Refresco	Cereales	Frijol	Arroz	Soya	Frutas	Verduras
No												
Diario												
Semana												
Quincena												
mes												

Documentos entregados

Identificación oficial c/ fotografía		C.U.R.P.		Comprobante de Domicilio		Acta nacimiento	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Nombre y firma del Solicitante



G O B I E R N O D E
BAJA CALIFORNIA SUR
M E J O R F U T U R O

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

VIII Datos de todos los integrantes del hogar				IX Salud		X Integrantes del hogar		XI Educación				
No	Apellido y Nombre	Edad en el hogar	Edad en el hogar	Beneficiario	Estado de salud	¿(Nombrado) habla alguna lengua indígena?	Lengua	¿(Nombrado) también habla español?	Cultura	Alfabetismo	Nivel de escolaridad	¿Actualmente (Nombrado) asiste a la escuela?
20		¿(Nombrado) tiene acta de nacimiento?	¿(Nombrado) en este hogar?	¿(Nombrado) esta afiliado o inscrito (Nombrado) para recibir atención médica?	¿(Nombrado) esta afiliado o inscrito (Nombrado) para recibir atención médica?	SI → ¿Cual?	SI → ¿Cual?	SI → ¿Cual?	SI → ¿Cual?	SI → ¿Cual?	SI → ¿Cual?	SI → ¿Cual?
21		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
22		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
23		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
24		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
25		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
26		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
27		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
28		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
29		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?
30		SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?	SI → ¿Cual es el poder?



CONTACTO:
Av. Paseo de la Reforma 116, Col. Manzana
Delegación Cuauhtémoc,
Distrito Federal, C.P. 06660.

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

38



G O B I E R N O D E
BAJA CALIFORNIA SUR
M E J O R F U T U R O

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

Integrantes del hogar		XIII. Condición laboral		XIV. Seguro voluntario		XV. Ahorro o pensión		XVI. Otros apoyos		XVII. Otros apoyos			
No.	Tempo de trabajo	Trabajo subordnado	Asubido su cuenta	Prescripciones laborales	Forma de pago	Ingreso por trabajo	Cuanto dinero recibe (HOMBRE) por su trabajo principal del mes pasado	(HOMBRE) recibe cada cuando recibe esa cantidad?	Tiene (HOMBRE) contratado voluntariamente - ¿ES EN LA OPCIÓN "A" LA "F"?	(HOMBRE) es jubilado o pensionado?	(HOMBRE) recibe dinero por -	(HOMBRE) tiene tarjeta del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAMAY)?	(HOMBRE) recibe dinero por -
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													

MEXICO
SEDESOL

Contacto:
Av. Farión de la Reforma 116 Col. Juárez,
Delegación Cuauhtémoc,
Distrito Federal, CP 06600.



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

XVIII. Salud en el hogar

51. ¿Algun integrante del hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico?
LEER TODAS LAS OPCIONES. MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA UNO.

SI	¿Quién?	I	II	III	NO
OPCIÓN DE RESPUESTA					
A. Artritis	1	→			2
B. Cáncer	1	→			2
C. Demencia	1	→			2
D. Diabetes	1	→			2
E. Enfermedades del corazón	1	→			2
F. Enfermedad pulmonar	1	→			2
G. VIH	1	→			2
H. Deficiencia nutricional (anemia/desnutrición)	1	→			2
I. Hipertensión	1	→			2
J. Obesidad	1	→			2

52. ¿Algun integrante del hogar tiene limitación para...
LEER TODAS LAS OPCIONES. MARCAR LA OPCIÓN QUE LE CORRESPONDA.

SI	NO
OPCIÓN DE RESPUESTA	
A. caminar, moverse, salir o bajar escaleras	1
B. ver o sólo ver sombras sin usar lentes*	1
C. hablar, comunicarse o conversar	1
D. de ser necesario, levantar o cargar cosas	1
E. escribir, leer o leer, después de ir a dormir o cuando se levanta	1
F. poner atención, aprender cosas nuevas o concentrarse	1

ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA
OPCIÓN DE RESPUESTA
OPCIÓN DE RESPUESTA

XVIII. Salud en el hogar

53. Cuando tienen problemas de salud ¿en dónde se atienden los integrantes del hogar?
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA

MS-RO-OTERNA	01
MS-RO-OTERNA	02
MS-RO-OTERNA	03
MS-RO-OTERNA	04
MS-RO-OTERNA	05
MS-RO-OTERNA	06
MS-RO-OTERNA	07
MS-RO-OTERNA	08
MS-RO-OTERNA	09
MS-RO-OTERNA	10
MS-RO-OTERNA	11
MS-RO-OTERNA	12
MS-RO-OTERNA	13
MS-RO-OTERNA	14
MS-RO-OTERNA	15
MS-RO-OTERNA	16
MS-RO-OTERNA	17
MS-RO-OTERNA	18
MS-RO-OTERNA	19
MS-RO-OTERNA	20
MS-RO-OTERNA	21
MS-RO-OTERNA	22
MS-RO-OTERNA	23
MS-RO-OTERNA	24
MS-RO-OTERNA	25
MS-RO-OTERNA	26
MS-RO-OTERNA	27
MS-RO-OTERNA	28
MS-RO-OTERNA	29
MS-RO-OTERNA	30

XIX. Trabajo no remunerado

54. ¿Algun integrante regularmente las siguientes actividades?
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA. LEER TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA MÁS CADA UNO.

A. Cuidar de niños y de manera ocasional a niños, enfermos, adultos mayores o discapacitados	95
B. Trabajo voluntario o voluntariado	96
C. Reparaciones a la vivienda, aparatos, herramientas o vehículos	97
D. Mantener el jardín de su hogar	98
E. Acarrear agua o leña	99
F. Todas las siguientes del hogar	95
G. No se realiza actividad	96
H. Persona que no pertenece al hogar	97
I. No sabe/No responde	98

XX. Otros ingresos del hogar

55. ¿En este hogar vive algún integrante que sea...
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA. LEER TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA MÁS CADA UNO.

¿Quién?	¿Cuánto gana mensualmente?
A. maestro/a de escuela (no eventual de cualquier orden de gobierno (federal, estatal o federal))	1
B. dueño de una tienda	2
C. dueño de algún negocio	3
D. trabajador de algún negocio	4
E. doctor/a o enfermera (no eventual de cualquier orden de gobierno (federal, estatal o federal))	5
F. servicio público (no eventual de cualquier orden de gobierno (federal, estatal o federal))	6
G. ninguna de las anteriores	7

XXI. Ingresos

56. ¿Algun integrante del hogar recibe dinero proveniente de otros países?
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA.

SI	NO
OPCIÓN DE RESPUESTA	
SI	1
NO	2

XXII. Gasto y consumo

57. Regularmente en un mes ¿cuánto gasta su hogar en...
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA. LEER TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA MÁS CADA UNO.

No sabe/No responde	99999
0	0
A. la compra de alimentos, bebidas (cereales, carnes, pescados y mariscos, leche, huevos, aceites, verduras, legumbres, frutas, azúcar, alcohol)	\$
B. la compra o reparación de vestido o calzado	\$
C. la compra de artículos y servicios de educación (transporte, caligrafía, útiles escolares, etc.)	\$

XXIII. Seguridad alimentaria

58. ¿Cuántas comidas al día le cuesta hacer los miembros de este hogar? (desayuno, almuerzo, comida y cena)
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA. LEER TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA MÁS CADA UNO.

1	3 o 4 veces por semana
2	2 veces por semana
3	1 vez por semana
4	Nunca o casi nunca
5	

59. Con qué frecuencia consume por semana...
LEER TODAS LAS OPCIONES Y ANEXOS MÁS CADA UNO.

A. Carnes y subproductos	1
B. Verduras	2
C. Frutas	3
D. Leguminosas	4
E. Carne y hueso	5
F. Lácteos	6
G. Alimentos altos en grasas y/o azúcar	7

60. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o alguien más integrante de su hogar...?
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA MÁS CADA UNO.

SI	NO
OPCIÓN DE RESPUESTA	
SI	1
NO	2

61. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún miembro de su hogar...?
ANEXOS A LA OPCIÓN DE RESPUESTA MÁS CADA UNO.

SI	NO
OPCIÓN DE RESPUESTA	
SI	1
NO	2

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

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

XIII. Seguridad Alimentaria	
62. ¿Hicieron plan de mejorar las habitaciones menores de 12 años de edad hogar? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> NO HAY MENORES DE 12 AÑOS → NINGUNA	
63. ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda contando la cocina? (no cuente ni pasillos ni baños)	_____
64. ¿Cuántos cuartos usan para dormir?	_____
65. En el cuarto donde cocinan ¿también duermen? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> NO	_____
66. ¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Tierra _____ 01 → B.S.M.A.A. Cemento o firme _____ 02 Madera, madera u otro recubrimiento _____ 03 → B.S.M.A.A.	
67. ¿El cemento o piso firme de su vivienda fue otorgado por algún programa gubernamental (federal, estatal o municipal)? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> NO _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
68. ¿La mayor parte del piso de la vivienda presenta hundimientos o agrietamientos mayores a 1 cm. de grosor? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> SI _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
69. Algunos de los cuartos donde duermen o cocinan ¿tiene piso de tierra? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> SI _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
XIII. Características de la vivienda	
70. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Material de desecho (cartón, hule, tela, barata, etc) _____ 01 → B.S.M.A.A. Laminas de cartón _____ 02 Laminas metálicas _____ 03 Laminas de aluminio _____ 04 Peltre o peltre _____ 05 Madera o tejamanil _____ 06 Tejado con vigas _____ 07 Teja _____ 08 Lata de concreto o viguetas con bovedilla _____ 09	
71. ¿Al menos un techo de los cuartos presenta hendidura o fracturas, o está en riesgo de caer? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> SI _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
72. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Material de desecho (cartón, hule, tela, barata, etc) _____ 01 Laminas de cartón _____ 02 Laminas metálicas o de aluminio _____ 03 → B.S.M.A.A. Cartón, hule o peltre _____ 04 Embudo o bajeque _____ 05 Madera _____ 06 Adobe _____ 07 Tabique, ladrillo, block, piedra o concreto _____ 08	
73. ¿Algun muro de la vivienda presenta grietas o fisuras mayores a 1 cm. de grosor, o está en riesgo de caer? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> SI _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
74. ¿Qué tipo de baño o escusado tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Con conexión de agua (con descarga directa de agua) _____ 01 Sin conexión de agua (sin descarga directa) _____ 02 Sin conexión de agua (sin descarga directa) _____ 03 → B.S.M.A.A. Poca o ningún agua _____ 04 No tiene _____ 05 → B.S.M.A.A.	
75. ¿El baño o escusado de su vivienda fue otorgado por algún programa gubernamental (federal, estatal o municipal)? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> SI _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
76. ¿El baño o escusado es para uso exclusivo de los habitantes de su vivienda? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> SI _____ 1 <input type="checkbox"/> NO _____ 2	
XIII. Características de la vivienda	
77. En esta vivienda tienen... <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Agua embotada dentro de la vivienda _____ 01 Agua embotada fuera de la vivienda (por debajo del terreno) _____ 02 Agua embotada de línea pública (o privada) _____ 03 Agua embotada que se trae de otra vivienda _____ 04 Agua de pozo, río, lago, arroyo _____ 05 Agua captada de lluvia u otro medio _____ 06 Agua captada de lluvia u otro medio _____ 07	
78. ¿Qué tratamiento le da al agua para beberla? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA APTA MÚLTIPLES RESPUESTAS A. La beben sin ningún tratamiento o filtro _____ B. La hierven _____ C. Le echan cloro _____ D. Usan un filtro _____ E. Compran agua embotada o en garrafín _____ F. Otro _____ Especificar _____	
79. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA A. Ni red pública _____ 01 A una fosa séptica _____ 02 A una tubería que va a una grieta o barranca _____ 03 A una tubería que va a un río, lago o mar _____ 04 No tiene desagüe ni drenaje _____ 05	
80. En su vivienda ¿qué hacen con la basura? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA La tiran en un contenedor, la recoge un camión o carro de basura _____ 01 La queman _____ 02 La entierran _____ 03 La tiran en el basadero público _____ 04 La tiran en un terreno baldío o calle _____ 05 La tiran al río, lago, mar o barranca _____ 06	
81. ¿Cuál es el combustible que más usan para cocinar? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Gas de cilindro o tanque _____ 01 Gas natural o de tuberías _____ 02 → B.S.M.A.A. Bichodul _____ 03 Otro combustible _____ 04 Lata o carbón _____ 05	
82. ¿Qué tipo de cocina usa para cocinar? <input type="checkbox"/> SI MARCAR LA OPCION QUE CORRESPONDA Cocina de leña o carbón con chimenea _____ Cocina de leña o carbón sin chimenea _____ Cocina eléctrica _____ Cocina de gas _____ Cocina de gas _____ Cocina de gas _____	Dentro de la vivienda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuera de la vivienda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Contacto:
 Av. Paseo de la Reforma 114 Col. Juárez,
 Delegación Cuauhtémoc,
 Distrito Federal C.P. 06600.

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

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





GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO ES GRATUITO

EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO ES GRATUITO

XXIV. Características de la vivienda

83. ¿En su hogar tiene y tiene? **¿Tiene?** **¿Siente que los tiene?**

	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, camión o camioneta)	1	2	1	2
E. Teléfono (fijo)	1	2	1	2
F. Horno (microondas o eléctrico)	1	2	1	2
G. Computadora (¿a computadora que comparta por algún programa gubernamental (Federal, Estatal o Municipal)?)	1	2	1	2
H. Estufa / parrilla de gas	1	2	1	2
I. Carrión de agua / bañi (gas o solar)	1	2	1	2
J. Bañi	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 (cables por cable, Sky o TV por cable)	1	2	1	2
O. Tráiler	1	2	1	2
P. Aparato para limpiar la temperatura (ventilador, enfriador, clima, calefactor)	1	2	1	2

84. En su vivienda ¿la electricidad la obtiene...?

85. ¿La vivienda que habita es...?

86. Indique el porcentaje del hogar que tiene a su nombre las escrituras.

XXV. Actividad de bienes productivos

Datos del hogar

88. ¿Alguna persona del hogar posee o cultiva en las últimas 12 meses tierras para la agricultura o aporreamiento (huerto)?

89. ¿Las tierras poseídas por alguna integrante del hogar (propias)?

90. ¿Qué productos cultiva?

91. ¿Para cultivar utiliza...?

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

93. ¿Tienen en este hogar para trabajo y/o consumo...?

XXVI. Proyectos productivos

94. ¿Alguna integrante de este hogar le gustaría realizar un proyecto productivo o de servicio?

95. ¿La información de la encuesta fue obtenida a través de un tractor?

XXVII. Resultados de la encuesta

96. ¿Cuál es el tipo de proyecto productivo o de servicio que le gustaría realizar a cabo?

CODIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA

CODIGO DE RESULTADO DE LA ENCUESTA	1	2
COMPLETA	01	02
COMPLETA CON INFORMACION	03	04
NO EN CASO	05	06
NO SE OBTUVO INFORMACION	07	08
NO SE OBTUVO INFORMACION	09	10
NO SE OBTUVO INFORMACION	11	12

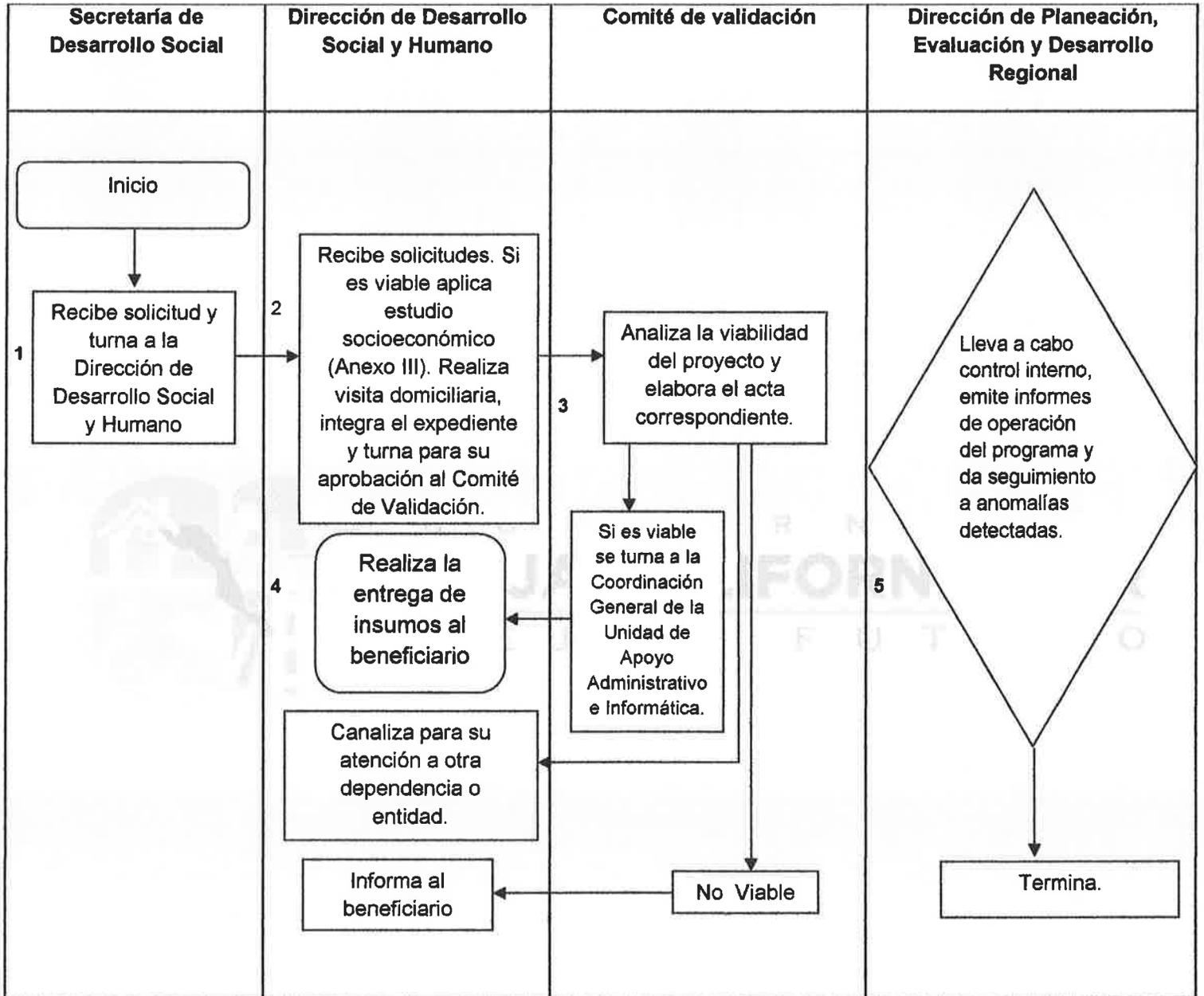


MEXICO
SEDESOL

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



Diagrama de Flujo



ANEXO V



G O B I E R N O D E
BAJA CALIFORNIA SUR
 M E J O R F U T U R O

**ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA
 “MEJOR ABRIGO” EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR
 PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.**

CARLOS MENDOZA DAVIS, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, EN EL EJERCICIO DE LA FACULTAD QUE ME CONFIERE EL ARTICULO 79 FRACCION XXIII DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 1,2,3,4,8,16 FRACCION X Y 30 DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TENGO A BIEN EXPEDIR EL SIGUIENTE:

**ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA
 “MEJOR ABRIGO” EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR
 PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.**

CONSIDERANDO

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

Que los programas sociales, entre ellos, el Programa “MEJOR ABRIGO”, se destinarán, en la entidad, en los términos de las disposiciones aplicables, exclusivamente a la población en condiciones de pobreza, de vulnerabilidad, rezago y de marginación, de acuerdo con los criterios de resultados que defina el Consejo Nacional de Población y a las evaluaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en los programas que resulte aplicable y la Declaratoria de Zonas de Atención Prioritaria formulada tanto por la Cámara de Diputados, como por el congreso local 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 33 de la Ley General de Desarrollo Social, y tomando en consideración los criterios que proponga El Ejecutivo del Estado.

Que el Programa “MEJOR ABRIGO” fue sometido y puesto a consideración del Ejecutivo Estatal de conformidad con el Artículo 31 de la Ley de Planeación del Gobierno del Estado de Baja California Sur y que está alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2015 – 2021 en el Eje 4 Calidad de vida, mismo que dispone orientar las acciones gubernamentales a superar los rezagos sociales y la desigualdad, para mejorar la calidad de vida de las familias sudcalifornianas.

Que la vigencia del Programa “MEJOR ABRIGO” será el ejercicio fiscal 2016 y que este será revisado anualmente.

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 Finanzas y Administración del Gobierno del Estado.

Por lo anteriormente expuesto, he tenido a bien expedir las siguientes:

46



REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA “MEJOR ABRIGO” EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.

Introducción

México, de manera similar a otros países en desarrollo, presenta dificultades propias de una transición económica con situación de pobreza y marginación. Las crisis económicas, sociales y políticas, suelen impactar con mayor fuerza en las condiciones de vida de la población vulnerable.

La sociedad actual se enfrenta a diversos retos. Uno de los más importantes es brindar alternativas de solución a las necesidades de las persona que por diferentes factores o la combinación de ellos se encuentran en situación de vulnerabilidad y están expuestas a ser afectadas gravemente, en su salud, en su integridad física, en su patrimonio familiar elemental básico y muchas veces con riesgo de perder su propia vida ante siniestros o desastres ya sean causados por el hombre o por fenómenos naturales como es el caso de los climáticos o ambientales.

De acuerdo al INEGI, en Baja California Sur predomina el clima muy seco y se registran temperaturas de entre 9°C en Invierno y hasta 35°C en verano, sin embargo, se han registrado, cada vez de manera más frecuente temperaturas mínimas de 5 ó 6°C y máximas de más de 40°C que afectan a la población vulnerable, principalmente niños menores de 6 años, personas con alguna discapacidad, madres solteras o en período de lactancia y adultos mayores.

Por otra parte, por su situación geográfica, Baja California Sur es un Estado que tanto puede tener temporadas de sequía con temperaturas de más de 40°C como presentar lluvias intensas, tormentas y huracanes, factores que afectan significativamente a la población. Así mismo, cada vez más recurrente, se presentan temperaturas cercanas a los 0°C., principalmente en la zona norte del estado, llegando en muchas ocasiones a provocar heladas que afectan a la población en su Salud, como la más importante, Vivienda, Huertos, Ganado y en general su patrimonio familiar.

Aunado a lo anterior la gran extensión longitudinal del territorio estatal y la gran dispersión en que se encuentra ubicada la población sudcaliforniana, hace muy difícil su atención en cuanto a servicios institucionales de servicios o médicos, dadas las grandes distancias, entre los centros poblacionales y los de servicios, que tienen que cubrir las personas con alguna situación extraordinaria, por las condiciones climáticas mencionadas.

1. Objetivos

1.1. General

Contribuir a que personas residentes de todo el estado, dentro de los 5 Municipios, en situación vulnerable o de marginación, puedan hacer frente a situaciones de estación climática invernal, contingencia, emergencia grave o de excepción climática, a través del otorgamiento de apoyos, en especie, parciales o totales, que propicien la conservación de la buena salud y la inclusión social.

1.2. Objetivo Especifico



Solventar parcial o totalmente situaciones excepcionales, que no son sujetas de apoyo inmediato por algún otro programa social, ya sea Estatal, Municipal o Federal, referentes a bajas temperaturas ambientales, en los siguientes conceptos:

- I. Protección a los ciudadanos por contingencia o emergencia.
- II. Por situaciones climáticas extremas o atípicas.
- III. Por afectación grave a la convivencia familiar directa en primer grado.

2. Lineamientos

2.1. Cobertura

Este programa opera en los 5 (cinco) Municipios del Estado de Baja California Sur, tanto en las zonas rurales, serranas, así como en las zonas semiurbanas y que se encuentren en situación de vulnerabilidad por contingencia, emergencia grave, situaciones de excepción extrema, marginación social, o derivadas de causas o fenómenos climáticos, meteorológicos o ambientales y siempre sujetos a la suficiencia presupuestal del programa. Entiéndase por zonas semiurbanas aquellos asentamientos humanos, definidos y delimitados, que inicialmente se localizaban fuera de la mancha urbana oficial y que posteriormente al crecimiento de estas se fueron conurbando en la periferia de las ciudades establecidas con anterioridad.

2.2. Población Objetivo

La población objetivo del Programa son todas aquellas personas que residan de forma permanente o en su caso, aquellas que de forma fija lleven más de 12 (doce) meses haciéndolo dentro del Estado, dentro de las zonas de atención descritas en el numeral 2.1 que antecede y que se encuentren, por causas ajenas a su voluntad, en situación vulnerable o de marginación, que por sus condiciones socioeconómicas y de ingresos, les impidan hacer frente a una situación de contingencia o emergencia grave y no puedan o no sean atendidos por algún otro programa de inclusión social ya sea del Gobierno del Estado, Gobiernos Municipales o del Gobierno Federal.

2.3. Criterios y Requisitos de Elegibilidad

- I. La cobertura de atención podrá ser para toda persona de cualquier entidad federativa de origen y que cumpla con lo estipulado en los puntos anteriores. (1.1.y 1.2)
- II. Que su situación comprobable socioeconómica y/o de ingresos familiares no les permitan hacer frente de forma inmediata a una contingencia o emergencia grave.
- III. Se dará prioridad a niños, mujeres embarazadas o en lactancia, adultos mayores y a personas con alguna discapacidad.
- IV. El solicitante o posible beneficiario deberá proporcionar en tiempo y forma la información y documentación que se le solicite por parte de SEDESObcs.
- V. Que el Solicitante no pueda ser atendido de forma pronta por algún otro Programa de Inclusión Social y esto pueda originar daños graves en su persona o su salud.

3. Características de los Apoyos del Programa

Los Apoyos que otorga este Programa siempre serán en ESPECIE, considerando una pieza por persona de cada componente del programa, siendo este apoyo por una sola ocasión y siempre sujeto a disponibilidad y suficiencia presupuestal asignada al programa dentro del ejercicio fiscal 2016. Los componentes del presente programa son los siguientes:

- I. Chamarras para hombre y mujer, en las tallas "S" de niños hasta la "XXL" de adultos;



- II. Cobija para cama de 1.20mts. por 2.10mts. (tamaño individual)

4. Instancias Participantes

4.1. Instancia Normativa

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur, a través de la Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, será la Instancia Normativa del Programa y estará facultada para interpretar las presentes Reglas, informando a la Oficina del Secretario de Desarrollo Social en su carácter de Coordinador Sectorial del Programa de apoyos y tipo de estos.

4.2. Instancia de Control

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur, a través de su Dirección de Desarrollo Comunitario y Participación Social, será la que levantará la cedula socioeconómica (Anexo I) y la de Georreferenciación (Anexo II), con los datos mínimos del solicitante y/o beneficiario para evaluar la factibilidad de poder proporcionarle el apoyo solicitado mediante un análisis socioeconómico preliminar que le sirva para establecer la pertinencia de la entrega del apoyo solicitado.

4.3. Instancia Ejecutora

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur, a través de la Dirección de Desarrollo Humano y Social de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado, será la Instancia Ejecutora del Programa, quien deberá levantar y efectuar el llenado de la Cedula de Identificación de Él y de los Beneficiarios que habitan en su domicilio y Recibo del apoyo(s) que otorga el programa. (Anexo III) debiendo informar a la Secretaría de los apoyos entregados a beneficiarios, en un lapso no mayor a 72 horas de haberlo efectuado, de acuerdo a la disponibilidad de recursos asignados al programa, para el ejercicio fiscal 2016.

5. Derechos y Compromisos de los Beneficiarios

Para ser elegibles los posibles beneficiarios deben cumplir con los requisitos siguientes:

5.1. Derechos

- I. Recibir información y orientación clara y oportuna sobre la operación del programa.
- II. Recibir oportuna y gratuitamente los apoyos y beneficios del programa, conforme a sus Reglas de Operación y su Normatividad.
- III. Dada la connotación de emergencia de los tipos de apoyo que otorga este Programa, que sean entregados estos en el menor tiempo posible.
- IV. Que en el caso de que no sea elegible para obtener los apoyos de este programa, de forma inmediata sea redireccionado a quien posiblemente si pueda apoyarlo.

5.2. Compromisos

- I. Proporcionar información oportuna, clara, veraz y comprobable.
- II. Autorizar y permitir que personal de SEDESObcs pueda verificar y comprobar la información proporcionada por el solicitante del apoyo.
- III. Autorizar a la SEDESObcs que a su nombre haga las gestiones necesarias para obtener ante otras instancias de Gobierno o Instituciones ya sean públicas o privadas, lo pertinente para obtener el apoyo solicitado.



5.3. Requisitos específicos

- I. Tipo de apoyo solicitado.
- II. Motivo de la petición.
- III. Nombre del beneficiario.
- IV. Nombre(s) de los familiar(es) directo(s) padres, hijos o hermanos, esposos, concubinos, otros familiares y/o amistades, que vivan de forma permanente dentro del mismo domicilio/hogar del beneficiario. (Anexo I)
- V. Datos de localización: calle, número, colonia, código postal, estado, municipio y/o localidad (indicando entre qué calles se ubica el domicilio). (Anexo II, Microlocalización para Georreferenciación).
- VI. Números telefónicos locales o celulares del solicitante y/o beneficiario, así como de los familiares, amigos o vecinos, donde se les pueda localizar o dejar recado; requisito indispensable para contactarle y dar continuidad a su trámite.
- VII. Cédula de Identificación y Recibo del Apoyo(s) otorgado(s). (Anexo III)

5.4. Documentación que deberá proporcionar el Solicitante o Beneficiario

Todas las solicitudes se recibirán y manejarán de manera individual, quedando excluidas peticiones grupales, colectivas, de congregaciones religiosas, de partidos políticos, y/o asociaciones civiles.

- I. En el caso de que los datos preliminares proporcionados arrojen que es factible el otorgamiento del o los apoyo(s) solicitado(s) se procederá a llenar el Estudio Socioeconómico de SEDESObcs. (Anexo I y Anexo II)
- II. Fotocopia de identificación oficial del beneficiario, así como del solicitante, la cual pueden ser credencial de elector, pasaporte, credencial expedida por institución gubernamental con fotografía.
- III. Fotocopia del CURP del posible beneficiario y solicitante.
- IV. Comprobante de domicilio del Beneficiario, el cual puede ser recibo de CFE, Recibo del organismo operador del agua potable municipal, Recibo de telefonía, Carta de Residencia expedida por autoridad municipal.
- V. Documentos específicos que requiere o relacionan algunos de los apoyos que en estas reglas de operación se detallan.
- VI. Proporcionar los datos verídicos y suficientes para el llenado de la "Cedula de Identificación y Recibo del Apoyo(o) que otorga del presente programa. (Anexo III)
- VII. El Solicitante o Beneficiario Declara el conocer el proceso a seguir para la consideración del apoyo solicitado. (Anexo IV)

6. Enfoque de Derechos

Con el objetivo de generar las condiciones necesarias para el acceso equitativo en términos de disponibilidad, accesibilidad 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 otorguen 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,



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

indivisibilidad y progresividad, brindando en todo momento un trato digno y de respeto a la población objetivo, con apego a los criterios de igualdad y no discriminación.

Asimismo, el Programa fomentará la vigencia efectiva y respeto irrestricto de los derechos de las personas con discapacidad, mujeres en situación de ingravidez o lactancia, personas adultas mayores y de los pueblos indígenas, contribuyendo a generar conocimiento y acciones que potencien su desarrollo integral e inclusión plena.

7. Seguimiento, Control y Auditoría

Con el propósito de corroborar la correcta operación del Programa, la Dirección de PEyDR llevará a cabo el seguimiento del ejercicio de los recursos asignados al mismo, así como a las acciones ejecutadas, resultados, indicadores y metas alcanzadas.

La Contraloría General del Estado, tendrá a su cargo las Funciones de Control Presupuestal y Auditoría del Programa, con fundamento en lo dispuesto por el Artículo 32 fracciones I, VI, VI, VIII, XIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur y 53 de la Ley de Planeación del Estado de Baja California Sur.

8. Quejas y Denuncias

Cualquier irregularidad, queja, denuncia, sugerencia o reconocimiento de la ciudadanía en general, se podrá realizar en el buzón de sugerencias y quejas de la Contraloría General del Estado o de manera personal, escrita o telefónica a la Contraloría General del Estado ubicada en Ignacio Allende e/ Isabel la Católica y Dionisio Villarino Colonia Centro, La Paz, Baja California Sur.

9. No Previstos.

Cualquier circunstancia(s) NO prevista(s) en estas Reglas de Operación que se diera en el transcurso y vigencia de este Programa del Gobierno Estatal, será atendida y resuelta únicamente por El Titular de la Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Baja California Sur.

ÚNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado.

Dado en la Ciudad de La Paz, Baja California Sur, a los 30 días del mes de Agosto de 2016.

ATENTAMENTE
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

CARLOS MENDOZA DAVIS

SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO

ALVARO DE LA PEÑA ANGULO

SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL

DR. JOSE LUIS PERPULI DREW



GOBIERNO DE
BAJA CALIFORNIA SUR
MEJOR FUTURO

Folio / Registro.

CEDULA SOCIOECONOMICA

Fecha	<input type="text"/>
-------	----------------------

Nombre del Encuestador

Nombre de la/el Solicitante				Edo. Civil			
				S	D	V	UL

Domicilio	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
-----------	----------------------	-----------	----------------------

Colonia	<input type="text"/>	Municipio	LP	LC	CO	LTO	MU
---------	----------------------	-----------	----	----	----	-----	----

Teléfono	<input type="text"/>								
----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Escolaridad	Fecha Nac.	Ocupación	Centro de Trabajo

Tipo de empleo				Tipo de Ingreso		
Temporal	Permanente	Fines de semana	Desempleada	Semanal	Quincenal	Mensual

APOYO QUE SOLICITA

PERSONAS QUE VIVEN CON USTED EN SU DOMICILIO

Nombre	sexo	Edad	Parentesco	Edo Civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual	Aportación al hogar
BENEFICIARIO(A)							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
							\$	\$
TOTAL INGRESOS (incluido el de la persona beneficiaria)							\$	\$



EGRESOS (cálculo mensual)

Alimento	Gas	Luz	Agua	Teléfono	Educación	Transporte	Vivienda	Médico	Medicinas	Total
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Hay alguien de la familia con problemas de:

Alcoholismo		Drogas		Enfermedad Crónica			
SI	NO	SI	NO	SI	NO	¿CUÁL?	

Hay alguien de la familia con alguna discapacidad

SI	NO	¿CUÁL?	
----	----	--------	--

Marcar con una (x)

Los bienes y servicios con los que cuenta.

Agua	Electricidad	Fosa	Letrina	Drenaje	Empedrado	Pavimento	Transporte publico	Recolección de basura	Teléfono
Internet	Gas	Leña	Carbón	IMSS	ISSSTE	Médico Particular	Seguro popular	Centro De salud	Cruz Roja
TV.	Refrigerador	Cama	Estufa	Comedor	Sala	Alacena	Ropero	Lavadora	Plancha
Licuadaora	Microondas	Computadora	Radio	A/C	Ventilador	Closet	Automóvil	T.V. Cable	

Marcar con una (x)

¿Cuál de estos alimentos consumen y cada cuándo?

	Carne	Pollo	Pescado	Huevo	Leche	Refresco	Cereales	Frijol	Arroz	Soya	Frutas	Verduras
No												
Diario												
Semana												
Quincena												
mes												

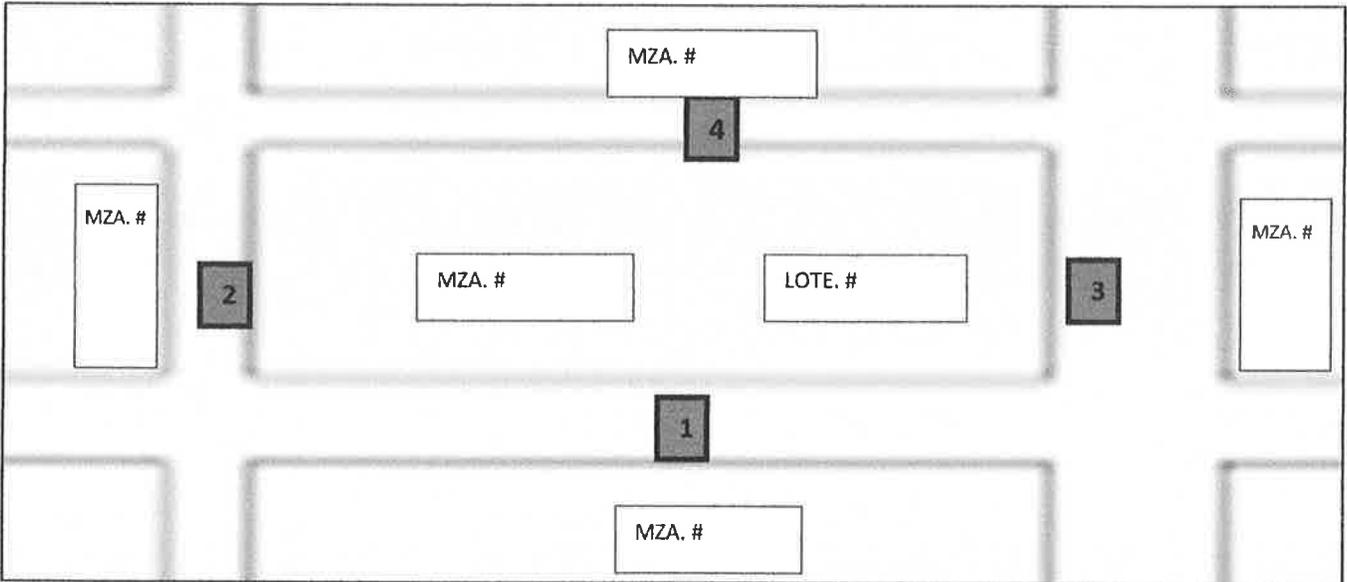
Documentos entregados

Identificación oficial c/ fotografía		C.U.R.P.		Comprobante de Domicilio		Acta nacimiento	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Nombre y firma del Solicitante



CROQUIS DE MICROLOCALIZACIÓN PARA GEORREFERENCIACIÓN



Nombre del beneficiario:

CURP:

Colonia:

(1) Principal
Manzana
Lote No.

(2) Derecha

(3) Izquierda

(4) Posterior

(5) Observaciones/ Referencias de Acceso y/ o Ubicación



G O B I E R N O D E
BAJA CALIFORNIA SUR
M E J O R F U T U R O

PROGRAMA "MEJOR ABRIGO" 2016

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y RECIBO DEL APOYO ENTREGADO

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO	
Nombre:	
Domicilio:	
Colonia:	
Teléfono:	

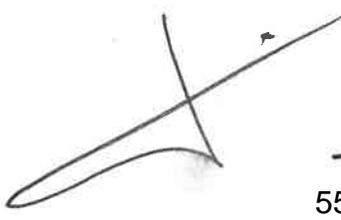
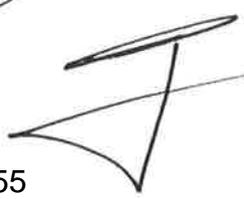
DESCRIPCIÓN DE LA CONTINGENCIA Y/O EMERGENCIA

RELACION DE FAMILIARES QUE HABITAN EN SU MISMO DOMICILIO Y FUERON BENEFICIADOS
1
2
3
4
5
6
7
8

Fecha: _____

_____ BENEFICIARIO O JEFE DE FAMILIA

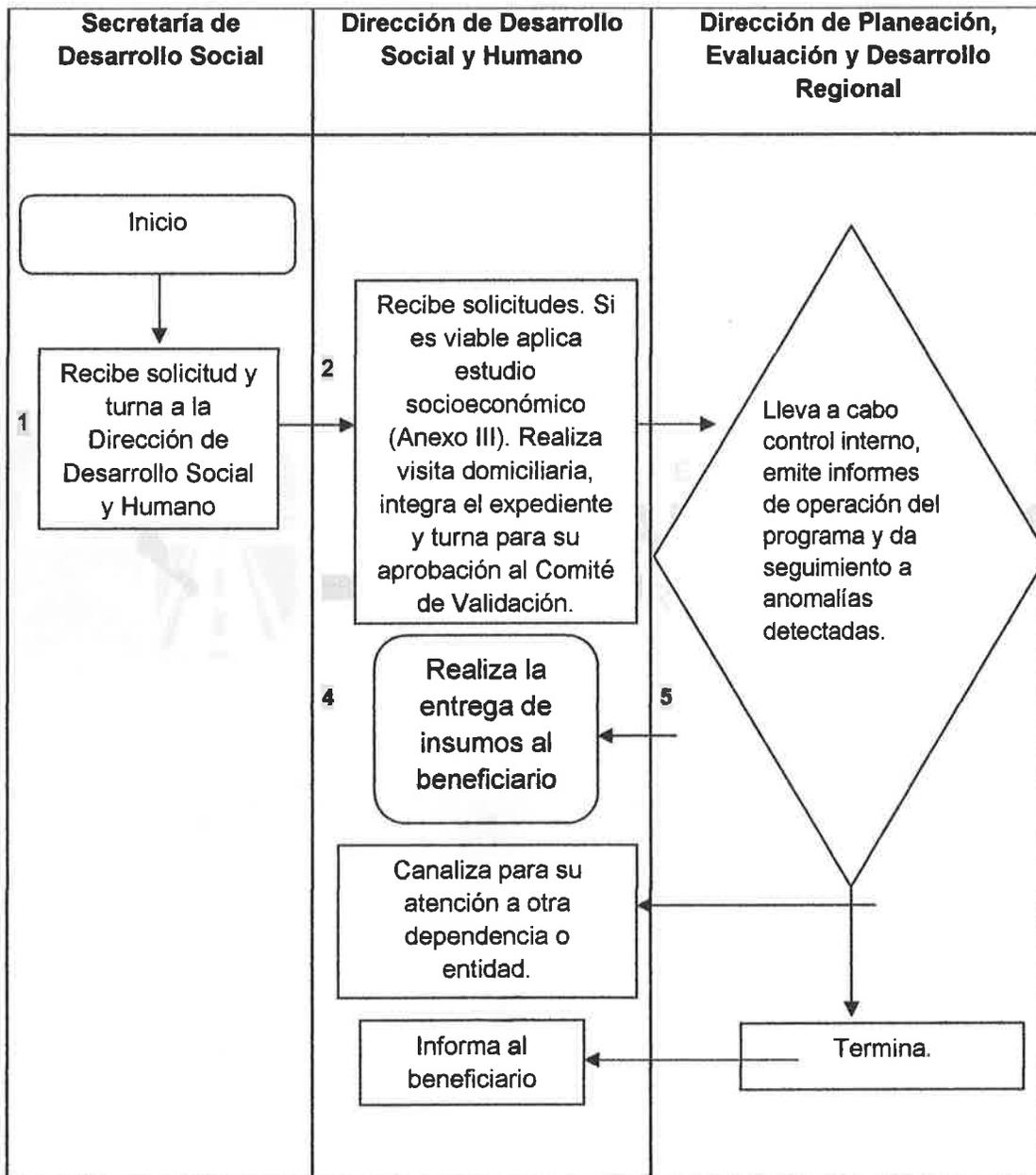
_____ FIRMA DE ENTREGA ~ RECEPCIÓN

ANEXO III



Diagrama de Flujo



BOLETÍN OFICIAL

DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO

CORRESPONDENCIA DE SEGUNDA CLASE-REGISTRO DGC-NUM. 0140883
CARACTERÍSTICAS 315112816

SE PUBLICA LOS DÍAS 10, 20, Y ULTIMO DE CADA MES

CUOTAS EN VIGOR QUE SE CUBRIRÁN CONFORME A:
TARIFA AUTORIZADA
ARTÍCULO 35 DE LA LEY DE DERECHOS Y PRODUCTOS DEL ESTADO
DE BAJA CALIFORNIA SUR



RESPONSABLE: CIPRIANO ARMANDO CESEÑA COSIO

NO SE HARÁ NINGUNA PUBLICACIÓN SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO Y SIN
LA COMPROBACIÓN DE HABER CUBIERTO SU IMPORTE EN LA SECRETARÍA DE FINANZAS.

IMPRESO EN LOS TALLERES GRÁFICOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO
ANTONIO NAVARRO E/ ISABEL LA CATÓLICA Y MELITÓN ALBÁÑEZ, LA PAZ B.C.S.