

# Gobierno del Estado de Puebla

## Secretaría de Gobernación

### Orden Jurídico Poblano

---

*Reglas de Operación del Programa Integral Alimentario, 2022*



## **REFORMAS**

| <b>Publicación</b> | <b>Extracto del texto</b>                                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23/mar/2022        | ACUERDO de la Secretaria de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla, por el que emite las Reglas de Operación del Programa Integral Alimentario, 2022. |

## CONTENIDO

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO, 2022 .....                | 4  |
| Introducción .....                                                               | 4  |
| Problemática .....                                                               | 5  |
| 1. Vinculación con Instrumento de Planeación Estatal.....                        | 6  |
| 2. Glosario .....                                                                | 6  |
| 3. Objetivos .....                                                               | 8  |
| 3.1 General .....                                                                | 8  |
| 3.2 Específicos .....                                                            | 8  |
| 4. Características del Programa .....                                            | 8  |
| 4.1 Cobertura .....                                                              | 8  |
| 4.2 Población Objetivo .....                                                     | 8  |
| 4.3 Requisitos de los Beneficiarios .....                                        | 8  |
| 4.3.1 Paquetes Alimentarios .....                                                | 10 |
| 4.3.2 Módulos de Autosuficiencia Alimentaria.....                                | 11 |
| 4.3.3 Chimeneas Ecológicas .....                                                 | 12 |
| 5. Procedimiento de Selección de Participantes .....                             | 12 |
| 6. Características de los Apoyos .....                                           | 12 |
| 6.1 Paquete Alimentario.....                                                     | 12 |
| 6.1.1 Modalidades del Apoyo.....                                                 | 13 |
| 6.2 Módulos de Autosuficiencia Alimentaria.....                                  | 13 |
| 6.2.1 Módulo Integral Alimentario.....                                           | 13 |
| 6.2.2 Módulo Vertical Alimentario.....                                           | 13 |
| 6.2.3 Módulo Avícola Familiar.....                                               | 13 |
| 6.2.4 Chimeneas Ecológicas .....                                                 | 13 |
| 7. Derechos, Obligaciones y Sanciones .....                                      | 14 |
| 7.1 Derechos .....                                                               | 14 |
| 7.2 La Secretaría .....                                                          | 15 |
| 8. Coordinación Interinstitucional .....                                         | 16 |
| 9. Proceso de Operación .....                                                    | 16 |
| 10. Comité Dictaminador del Programa .....                                       | 19 |
| 11. Firma de Convenio .....                                                      | 20 |
| 12. Padrón Único de Beneficiarios .....                                          | 20 |
| 13. Evaluación .....                                                             | 20 |
| 13.1 Evaluación Interna .....                                                    | 20 |
| 13.2 Evaluación Externa .....                                                    | 20 |
| 13.3 Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Integral Alimentario ..... | 21 |
| 14. Transparencia y Difusión .....                                               | 21 |
| 15. Leyenda .....                                                                | 21 |
| 16. Contraloría Social.....                                                      | 22 |
| 17. Quejas y denuncias .....                                                     | 22 |

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 18. Acciones de blindaje electoral ..... | 22 |
| 19. Interpretación. ....                 | 22 |
| TRANSITORIOS .....                       | 23 |
| ANEXOS .....                             | 24 |

## **REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO, 2022**

### **Introducción**

La problemática del hambre y la desnutrición puede analizarse en el marco de la seguridad alimentaria desarrollada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). El concepto de seguridad alimentaria surge a mediados de la década de los setenta, derivado de la crisis mundial generada por el alza de los precios a los alimentos a nivel internacional, ocasionando problemas de disponibilidad, principalmente de trigo y maíz. Incluso después de que se habían estabilizado los precios y la oferta, principalmente de cereales, fue evidente que la disponibilidad suficiente de alimentos no garantizaría la ingesta nutricional adecuada. En la Cumbre Mundial de la Alimentación de 1996 se llevó a cabo una revisión al concepto de seguridad alimentaria y se acordó la siguiente definición:

“Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 1996: 4).

Así, se incorporó el acceso a los alimentos, además de la disponibilidad de los mismos. Adicionalmente, el concepto incluyó la necesidad de una dieta sana, considerando los macronutrientes y los micronutrientes necesarios, y no sólo las calorías suficientes.

El concepto de seguridad alimentaria consta de cuatro dimensiones.

- En primer lugar, se encuentra la disponibilidad física de los alimentos, la cual se refiere a una oferta suficiente y es una función de la producción y del comercio neto de los alimentos.
- En segundo lugar, está el acceso económico y físico a los alimentos que se refiere a la capacidad económica de los hogares para adquirirlos y a la posibilidad de obtener alimentos nutritivos cerca del hogar.
- En tercer lugar, está la utilización de los alimentos, es la manera en la que el cuerpo aprovecha los diferentes nutrientes, para lo cual se requiere estar libre de enfermedades y tener acceso a servicios de salud. Esta dimensión incluye una preparación adecuada e higiénica de los alimentos, una ingesta de energía y nutrientes suficientes, diversidad en la dieta y buena distribución de los alimentos entre los miembros de la familia, y

- Finalmente, la cuarta dimensión es la estabilidad en el tiempo de las tres dimensiones anteriores, es decir, la disponibilidad, el acceso y la utilización correcta de los alimentos debe ser constante.

Si alguna de las dimensiones anteriores presenta alguna falla, por ejemplo, debido a situaciones climáticas o inestabilidad económica, se considera que existe riesgo de inseguridad alimentaria.

### **Problemática**

Los resultados de la última década en el abatimiento de la pobreza y de las carencias sociales son un punto de referencia necesario frente a los enormes retos que plantea la crisis económica y de salud que afectó y sigue afectando a México en el contexto de la emergencia sanitaria ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (COVID 19).

Los retos de la pandemia van más allá del ámbito de la salud, pues se han generado afectaciones en otros espacios como en la educación, la alimentación y la dinámica económica.

A nivel nacional, durante el periodo 2018–2020, se reportó un cambio en el acceso a la alimentación de 0.3 puntos porcentuales al pasar de 22.2% a 22.5%. En este sentido, la evidencia reciente, alternativa a las fuentes oficiales utilizadas para la medición multidimensional de la pobreza, advierte sobre el incremento en la inseguridad alimentaria debido a la crisis sanitaria por COVID-19, la cual afecta fundamentalmente a los hogares de menor nivel socioeconómico (EQUIDE, 2020). De continuar este curso, los limitados avances que se han visto en esta carencia podrían revertirse en la siguiente medición.

Al analizar las carencias que más afectan a la población que se encuentra en situaciones de pobreza moderada o en pobreza extrema, sobresalen las necesidades diferentes de ambas poblaciones. Tal es el caso de las personas en situación de pobreza extrema, las carencias relacionadas con la alimentación superan el 50 por ciento de esta población, y para las personas en situación de pobreza moderada estas son menos del 30 por ciento.

Para el caso particular del Estado de Puebla, el avance del indicador de carencia por acceso a la alimentación en la Entidad entre 2008 y 2018, observó una disminución de 6.2 puntos porcentuales en este periodo al pasar en dicho periodo de 27.1 a 20.8 puntos porcentuales. En términos absolutos, se traduce en una disminución de aproximadamente 222,400 personas en esta situación, al pasar de casi 1,553,800 en 2008 a alrededor de 1,331,400 en 2018.<sup>1</sup>

Sin embargo, del año 2018 al 2020, el porcentaje de la población con carencia por acceso a la alimentación en Puebla tuvo un incremento en 6.5 puntos porcentuales, pasando de 24.5% al 30.8% <sup>2</sup>. Lo que representa un aumento absoluto de más de 454 mil personas en esta situación de carencia.

1. Informe de Pobreza y Evaluación 2020. Puebla.
2. SPF, Principales resultados de la medición multidimensional de la Pobreza 2020 CONEVAL.

En el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 se menciona que en México hay una gran disponibilidad de alimentos variados y nutritivos. Sin embargo, el problema radica en la accesibilidad a esos alimentos y en la calidad de la dieta de los grupos poblacionales con menores recursos. De acuerdo con el IEPDS, para poder ejercer el derecho a la alimentación de manera efectiva es necesario: Facilitar que personas en situación de pobreza tengan acceso, tanto físico como económico a alimentos suficientes, nutritivos y de calidad.

### **1. Vinculación con Instrumento de Planeación Estatal**

Cabe resaltar que la implementación de este Programa, se alinea al Eje 4. en su Estrategia 1: Generar las condiciones que permitan mejorar el Bienestar Integral de las personas, Línea de Acción 6: Fortalecer las estrategias que permitan incrementar el acceso a la alimentación a las personas en situación de vulnerabilidad, con un enfoque integral; de igual manera en su Estrategia 2: Generar esquemas orientados a disminuir las brechas de desigualdad en las Regiones del Estado; el Programa Integral Alimentario, 2022 se apega a la Línea de Acción 1: Impulsar acciones orientadas a disminuir las carencias sociales con criterios de calidad, accesibilidad y disponibilidad en las Regiones del Estado.

### **2. Glosario**

Para efecto de las presentes Reglas, se entenderá por:

Acta Entrega-Recepción por Beneficiario: Instrumento Jurídico, por medio del cual, el Beneficiario reconoce haber recibido el apoyo y se obliga a utilizarlo de acuerdo a los fines indicados de las presentes Reglas de Operación.

Beneficiario: Toda aquella persona que recibe una Acción por medio del Programa.

Capacitación: Instruir a la población en una actividad en específica, relacionada al Programa.

Comité de Contraloría Social: Organización Social constituida por los habitantes de la Población, para el seguimiento, supervisión, vigilancia y aplicación de los recursos del Programa.

Comité Dictaminador: Órgano Colegiado que, revisará, valorará y determinará los Municipios a participar a través del Programa Integral Alimentario 2022.

Convenio: Instrumento jurídico conducente, que se firmará entre la Secretaría y los Gobiernos Municipales participantes.

C.U.R.P.: Clave Única de Registro de Población.

DDMR: Dirección de Desarrollo Micro-Regional.

Expediente: Conjunto de documentos requeridos y descritos en las presentes Reglas de Operación.

I.N.E.: Instituto Nacional Electoral.

Oficialía de Partes de la Secretaría: Es una Unidad Administrativa, adscrita a la Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla, y tiene como objeto recibir los Oficios, Escritos y Correspondencia dirigidos a la Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla.

Padrón de Beneficiarios: Relación oficial de Beneficiarios atendidos por el Programa.

Padrón Único de Beneficiarios: Relación emitida posteriormente al Padrón de Beneficiarios y validada conforme a los Lineamientos Generales para la Conformación del Padrón Único de Beneficiarios de los Programas Sociales Estatales de la Secretaría vigentes.

Programa: Programa Integral Alimentario 2022.

Secretaría: Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla.

Subsecretaría: Subsecretaría de Opciones Productivas para el Bienestar de la Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 General**

Contribuir a mejorar el acceso a la alimentación de personas en situación de vulnerabilidad, y/o población con una o más carencias sociales.

#### **3.2 Específicos**

- Otorgar Subsidios, Apoyos o Transferencias para el Suministro de Paquetes Alimentarios.
- Suministro de Paquetes Alimentarios.
- Otorgar Subsidios, Apoyos o Transferencias para el Suministro e Instalación de Módulos Integrales Alimentarios, Módulos Verticales Alimentarios y Módulos de Avicultura Familiar.
- Suministro e Instalación de Chimeneas Ecológicas.

### **4. Características del Programa**

#### **4.1 Cobertura**

Podrán participar los 217 Municipios del Estado de Puebla.

#### **4.2 Población Objetivo**

Personas que viven en situación de pobreza.

#### **4.3 Requisitos de los Beneficiarios**

El Programa podrá tener tres vertientes, en las que se debe cumplir con los siguientes requisitos:

Para Paquetes Alimentarios:

- Copia de Identificación Oficial con Fotografía (Credencial para Votar I.F.E o I.N.E., Pasaporte, Cartilla Militar o Constancia de Identidad emitida por la Autoridad competente).
- C.U.R.P.
- Copia de Comprobante Domiciliario, con fecha no anterior a 3 meses al momento de presentarlo o Constancia de Vecindad emitida por la Autoridad competente.
- Presentar debidamente requisitado, el Formato de Solicitud de Paquetes Alimentarios (Anexo 1).

Para Módulos de Autosuficiencia Alimentaria

Las Acciones de Módulos de Autosuficiencia Alimentaria, se podrán otorgar en tres modalidades, teniendo el solicitante derecho a elegir únicamente un tipo de modalidad.

Módulo Integral Alimentario:

- Copia de Identificación Oficial con Fotografía (Credencial para Votar I.F.E o I.N.E., Pasaporte, Cartilla Militar o Constancia de Identidad emitida por la Autoridad competente).
- C.U.R.P.
- Copia de Comprobante Domiciliario, con fecha no anterior a 3 meses al momento de presentarlo o Constancia de Vecindad emitida por la Autoridad competente.
- Presentar debidamente requisitado, el Formato de Solicitud de Inscripción (Anexo 6).
- Contar con una porción de terreno de 13.0 metros x 6.0 metros libres y con acceso a agua, para la instalación del Módulo.

Módulo Vertical Alimentario:

- Cumplir con los 4 primeros requisitos del Módulo Integral Alimentario.
- Contar con una porción de terreno mínimo de 3.5 metros x 2.0 metros libres y con acceso a agua, para la instalación del Módulo.

Módulo de Avicultura Familiar:

- Cumplir con los 4 primeros requisitos del Módulo Integral Alimentario.
- Contar con una porción de terreno mínimo de 3.0 metros x 5.0 metros libres y con acceso a agua, para la instalación del Módulo.

Para Chimeneas Ecológicas:

- Copia de Identificación Oficial con Fotografía (Credencial para Votar I.F.E o I.N.E., Pasaporte, Cartilla Militar o Constancia de Identidad emitida por la Autoridad competente).
- C.U.R.P.
- Copia de Comprobante Domiciliario, con fecha no anterior a 3 meses al momento de presentarlo o Constancia de Vecindad emitida por la Autoridad competente.
- Presentar debidamente requisitado, el Formato de Solicitud de Inscripción para Chimeneas Ecológicas (Anexo 8).

#### **4.3.1 Paquetes Alimentarios**

Para la solicitud de apoyo de Paquetes Alimentarios, podrán participar:

- a) Personas de manera directa.
- b) A través de Gobiernos Municipales.

Por cada Persona Física se podrá solicitar hasta un máximo de un Paquete Alimentario por entrega.

##### **a) Personas de Manera Directa**

Podrán participar Personas de manera directa, en los términos referidos en las presentes Reglas de Operación, debiendo llenar el Formato de Solicitud de Paquetes Alimentarios (Anexo 1) y entregarlo al Departamento de Atención a la Demanda de la DDMR, cubriendo los requisitos establecidos.

En el caso de aquellas peticiones realizadas a través de la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría, será directamente la misma Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría, quien entregará los Anexos correspondientes a la DDMR, para su revisión y aprobación.

Una vez que sean aprobadas o rechazadas las solicitudes, la DDMR notificará a los interesados para conformar el Padrón de Beneficiarios, de aquellas personas que hayan realizado su trámite de manera directa; así como a la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría, de las personas que canalizaron su solicitud a través de dicha Coordinación.

La DDMR verificará la entrega de los Paquetes Alimentarios en campo, en conjunto con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría y los Comités de Contraloría Social.

Ante emergencias o desastres naturales se podrán reorientar Acciones para la atención, según aplique.

##### **b) Gobiernos Municipales**

Podrán participar Gobiernos Municipales en los términos de las presentes Reglas de Operación, debiendo llenar y entregar a través de la Oficialía de Partes de la Secretaría, la Solicitud de Participación Municipal (Anexo 3), el Listado de Solicitantes (Anexo 9) y el Formato de Solicitud de Paquetes Alimentarios (Anexo 1) este deberá ser llenado por cada una de los Solicitantes.

Una vez que se ha determinado la participación al Programa, la DDMR notificará al Gobierno Municipal por escrito la resolución.

El Municipio elaborará el Padrón de Beneficiarios, con base en el formato que le proporcione la DDMR y anexará los expedientes físicos y electrónicos de los Beneficiarios, enviándolos directamente al Departamento de Atención a la Demanda de la DDMR.

Una vez validada la documentación, se procederá a la suscripción del Convenio entre la Secretaría y el Gobierno Municipal.

La DDMR verificará la entrega de los Paquetes Alimentarios en campo, en conjunto con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría y los Comités de Contraloría Social.

El Municipio realizará el llenado del Formato de Entrega-Recepción de Acciones por Beneficiario (Anexo 4), así como el Acta de Entrega-Recepción por Beneficiario (Anexo 11) por el monto total de las Acciones entregadas al Gobierno Municipal, mismos que serán remitidos en forma física y digital a la DDMR.

#### **4.3.2 Módulos de Autosuficiencia Alimentaria**

Podrán participar Gobiernos Municipales en los términos de las presentes Reglas de Operación, debiendo presentar la Solicitud de Participación Municipal (Anexo 5), el Formato de Solicitud de Inscripción (Anexo 6) este por cada uno de los Participantes, y el Listado de Solicitantes del Programa Integral Alimentario (Anexo 9), en la Oficialía de Partes de la Secretaría.

Una vez que se ha determinado la participación en el Programa, la DDMR notificará al Gobierno Municipal por escrito, solicitándole los expedientes correspondientes al (Anexo 6), para su revisión junto con el Padrón de Beneficiarios conforme al Formato que le proporcione la DDMR.

Una vez validada la documentación por la DDMR, se procederá a la suscripción del Convenio entre la Secretaría y el Gobierno Municipal.

El Gobierno Municipal notificará a la DDMR, el Calendario de Capacitación, Suministro e Instalación de los Módulos, para que la DDMR verifique la Capacitación, Entrega e Instalación de los Módulos de Autosuficiencia Alimentaria, en acompañamiento de la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría según se requiera.

El Municipio realizará el llenado del Formato de Entrega de Acciones por Beneficiario (Anexo 10), así como el Acta-Entrega Recepción por Beneficiario (Anexo 11) anexando un listado de conformidad de los Beneficiarios por el total de las Acciones entregadas, y remitirlos de forma física y digital a la DDMR.

#### **4.3.3 Chimeneas Ecológicas**

Podrán participar Gobiernos Municipales en términos de las presentes Reglas de Operación, debiendo presentar la Solicitud de Participación Municipal (Anexo 7), las Solicitudes de Inscripción (Anexo 8) este por cada uno de los solicitantes, y el listado de Solicitantes del Programa Integral Alimentario (Anexo 9), en la Oficialía de Partes de la Secretaría.

Una vez que se ha determinado la participación en el Programa, la DDMR notificará al Gobierno Municipal por escrito, solicitándole los expedientes correspondientes al (Anexo 8) para su revisión junto con el Padrón de Beneficiarios, conforme al Formato que le proporcione la DDMR.

Una vez validada la documentación por la DDMR, se procederá a la suscripción del Convenio entre la Secretaría y el Gobierno Municipal.

La DDMR verificará y supervisará la entrega e instalación de las Chimeneas Ecológicas, en acompañamiento de la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría según se requiera.

El Municipio realizará el llenado del Formato de Entrega de Acciones por Beneficiario (Anexo 10), así como el Acta-Entrega Recepción por Beneficiario (Anexo 11), anexando un Listado de Conformidad de los Beneficiarios por el total de las Acciones Entregadas, y remitirlos de forma física y digital a la DDMR.

### **5. Procedimiento de Selección de Participantes**

El proceso de Selección de los Municipios a participar, se determinará por medio del Comité Dictaminador, con base al Presupuesto Autorizado y a las Solicitudes recibidas de los Gobiernos Municipales, en el caso de las Solicitudes recibidas directamente de las Personas, se les dará atención conforme se hayan inscrito y de acuerdo al Techo Presupuestal asignado.

## **6. Características de los Apoyos**

### **6.1 Paquete Alimentario**

El Paquete Alimentario estará conformado de 1 a 80 productos, durante el tiempo de operación del Programa.

### **6.1.1 Modalidades del Apoyo**

La modalidad de Personas Directas, consiste en el suministro de Paquetes Alimentarios.

La modalidad Gobierno Municipal, consiste en el subsidio, apoyo o transferencia para el suministro de Paquetes Alimentarios.

## **6.2 Módulos de Autosuficiencia Alimentaria**

Los Gobiernos Municipales y la Secretaría podrán participar en coinversión para el suministro e instalación de los Módulos de Autosuficiencia Alimentaria, estableciendo los montos de participación en los Convenios.

### **6.2.1 Módulo Integral Alimentario**

Consiste en la Capacitación, Instalación y Seguimiento de Módulos Integrales Alimentarios, destinados a complementar la alimentación de familias en situación de vulnerabilidad social y/o inseguridad alimentaria con la producción de alimentos sanos y nutritivos; utilizando la crianza de peces, la producción de fertilizante orgánico para la cosecha de hortalizas, forraje y germinados de alto valor nutricional, así como para la producción de huevo, carne de aves y conejo, ayudando a disminuir la carencia por acceso a la alimentación.

### **6.2.2 Módulo Vertical Alimentario**

Instalación de Micro-Túneles para la producción de hortalizas, plantas medicinales y/o aromáticas en sistema vertical, con opción a producción avícola y cunícola, según aplique.

### **6.2.3 Módulo Avícola Familiar**

Consiste en el Suministro e Instalación de Módulos para la Producción de huevo; el cual consta de gallinas de alta genética de 15 semanas, comederos, bebederos, bultos de alimento, gallinero de 5.0 m<sup>2</sup> con tela gallinera, láminas de hoja de lata y cemento micro concreto.

Así mismo, incluirá Capacitación y Asesoría para la Instalación del Módulo y para el Control Sanitario y de Producción.

### **6.2.4 Chimeneas Ecológicas**

Consiste en el Suministro e Instalación de Chimeneas Ecológicas en hogares que cocinan con leña o carbón para preparar sus alimentos y

no cuentan con ventilación que permitan la dispersión de gases nocivos.

## **7. Derechos, Obligaciones y Sanciones**

### **7.1 Derechos**

Los Beneficiarios y Gobiernos Municipales tienen derecho a:

- Recibir Asesoría en relación al Programa Integral Alimentario.
- Recibir Capacitación para la Instalación y Cuidado de los Módulos de Autosuficiencia Alimentaria que hayan solicitado en alguna de sus modalidades.

Los Beneficiarios y Gobiernos Municipales tienen la obligación de:

- Proporcionar sus datos sin faltar a la verdad.
- Otorgar información y documentación que se requiera para la validación de la obtención de los Apoyos.
- Garantizar el uso correcto de los Apoyos obtenidos según corresponda.
- Mantener una actitud de respeto hacia las demás personas.
- Proporcionar la información para la conformación del Padrón de Beneficiarios.
- Cumplir con lo dispuesto en las presentes Reglas de Operación para el buen manejo y funcionamiento del Programa.
- Facilitar y permitir evaluaciones, revisiones e inspecciones físicas que sean necesarias para la verificación de los Apoyos entregados.

Los Beneficiarios y Gobiernos Municipales podrán ser sancionados cuando presenten durante la ejecución del Programa alguna de las siguientes situaciones:

#### **a) Paquetes Integrales Alimentarios**

- Cuando no se provean los Apoyos a las Personas que formen parte del Padrón de Beneficiarios.
- Se cobren los Apoyos otorgados.
- No proporcionar a la Secretaría cualquier información requerida para la debida integración de los expedientes.
- Cualquier actividad que vaya en contra de lo establecido en las presentes Reglas de Operación.

#### **b) Módulos de Autosuficiencia Alimentaria**

- Destinar los insumos de los Módulos, para uso y fines distintos a el mejoramiento del acceso a la alimentación del Beneficiario y su familia de acuerdo a lo establecido en el Programa.
- Destinar el recurso asignado para otros fines distintos al Programa de acuerdo con lo establecido en las presentes Reglas de Operación.
- No proporcionar a la Secretaría el registro de Listado de Solicitantes o cualquier información requerida para la debida integración de su expediente.
- Cualquier actividad que vaya en contra de lo establecido en las presentes Reglas de Operación.
- No participar en las Capacitaciones de Instalación y Operación.
- No tener los espacios y condiciones requeridas de acuerdo a las características solicitadas para la instalación de los mismos.

c) Chimeneas Ecológicas

- Destinar el equipo de las Chimeneas Ecológicas asignados, para uso y fin distinto a lo establecidos en el Programa.
- Destinar el recurso asignado para otros fines distintos al Programa de acuerdo con lo establecido en las presentes Reglas de Operación.
- No proporcionar a la Secretaría el registro de Listado de Solicitantes o cualquier información requerida para la debida integración de su expediente.
- Cualquier actividad que vaya en contra de lo establecido en las presentes Reglas de Operación.
- No tener los espacios y condiciones requeridas de acuerdo a las características solicitadas para la instalación de los mismos.

## **7.2 La Secretaría**

Tiene la obligación de:

- Convenir con los Gobiernos Municipales según corresponda, su participación en el Programa.
- Supervisar que los recursos autorizados para este Programa, se hayan ejercido conforme a las presentes Reglas de Operación y demás normativas aplicables.
- Verificar que los Beneficiarios cumplan con los requisitos de elegibilidad.

- Recibir, revisar y resguardar los expedientes correspondientes de los Beneficiarios del Programa.
- Garantizar un trato digno y equitativo, y que no exista discriminación por motivos de preferencia sexual, política o religión, nivel de estudios o nivel socioeconómico.

## **8. Coordinación Interinstitucional**

La Secretaría, establecerá la Coordinación Institucional y Vinculación de Acciones las cuales buscan potenciar el impacto de los recursos, fortalecer la cobertura de las Acciones, detonar la complementariedad y reducir gastos administrativos mediante los instrumentos jurídicos que se establezcan para dicho efecto.

## **9. Proceso de Operación**

Paquete Alimentario

a) Personas Directas

1. Los solicitantes deberán entregar el Anexo 1 debidamente requisitado a la DDMR.
2. La DDMR verificará toda la documentación de los expedientes físicos, los cuales deberán coincidir con el Listado de Beneficiarios en medio electrónico.
3. La DDMR solicitará por escrito a la Subsecretaría convocar al Comité Dictaminador.
4. La Subsecretaría convocará al Comité Dictaminador y en sesión se revisarán, valorarán y determinarán los Apoyos y número de participantes, de acuerdo a la propuesta presentada por la DDMR, teniendo en consideración las solicitudes registradas y el Techo Presupuestal.
5. Una vez que el Comité Dictaminador apruebe el número de participantes, la DDMR de manera conjunta con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría, verificarán la integración de los expedientes de los Beneficiarios en físico y elaborarán el Padrón de Beneficiarios, conforme al Formato emitido por la DDMR.
6. La DDMR calendarizará las entregas de los Apoyos e informará a la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría las fecha, lugares y hora de las mismas;
7. La DDMR en coordinación con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría verificarán la entrega a los Beneficiarios.

8. La DDMR y la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría elaborarán el Acta Entrega-Recepción de Acciones por Beneficiario (Anexo 2) y el Listado por el Total de los Apoyos Otorgados (Anexo 9).

**b) Gobiernos Municipales**

1. Entregarán en la Oficialía de Partes de la Secretaría, los Anexos 1, 3 y 9 debidamente llenados.

2. La DDMR solicitará por escrito a la Subsecretaría convocar al Comité Dictaminador.

3. La Subsecretaría convocará al Comité Dictaminador y en sesión se revisarán, valorarán y determinarán los Municipios que participarán, tomando como referencia el Objetivo General y la Población Objetivo de las presentes Reglas de Operación, así como a la suficiencia presupuestal.

4. La DDMR notificará la participación por escrito al Presidente Municipal con base en la Resolución del Comité Dictaminador.

5. La DDMR verificará la integración de los expedientes de los Beneficiarios en físico y electrónico de acuerdo al Formato proporcionado por la DDMR para la conformación del Padrón de Beneficiarios.

6. Se suscribirá el Convenio conducente.

7. La DDMR calendarizará las entregas de los Apoyos e informará al Municipio y a la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría las fecha, lugar y hora de las mismas.

8. La DDMR en conjunto con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría verificaran la entrega a los Beneficiarios.

9. El Municipio entregará a la DDMR el Acta Entrega-Recepción por Beneficiario (Anexo 4) debidamente requisitado.

10. La DDMR verificará a través del Acta de Entrega-Recepción por Beneficiario (Anexo 11) la entrega total de las acciones a los Beneficiarios.

**Módulos de Autosuficiencia Alimentaria**

1. El Municipio deberá llenar y entregar a través de la Oficialía de Partes de la Secretaría, la Solicitud de Participación Municipal (Anexo 5) y Formato de Solicitud de Inscripción especificando la modalidad

de Apoyo de los Módulos de Autosuficiencia Alimentaria (Anexo 6) y el Listado de Solicitantes (Anexo 9).

2. La DDMR solicitará por escrito a la Subsecretaría convocar al Comité Dictaminador.

3. La Subsecretaría convocará al Comité Dictaminador y en sesión se revisarán, valorarán y determinarán las solicitudes presentadas a través del Anexo 6, tomando como referencia el Objetivo General y la Población Objetivo de las presentes Reglas de Operación, así como a la Suficiencia Presupuestal.

4. La DDMR confirmará la participación por escrito al Gobierno Municipal con base en la resolución de Comité Dictaminador.

5. El Gobierno Municipal remitirá mediante Oficio a la DDMR la documentación correspondiente al Expediente de las Personas Titulares Beneficiarias de los Módulos.

6. La DDMR verificará la integración de los expedientes de los Beneficiarios en físico y electrónico de acuerdo al formato proporcionado por la DDMR para la conformación del Padrón de Beneficiarios.

7. Se firmará el Convenio.

8. La DDMR solicitará a la Subsecretaría, y ésta a su vez, a la instancia correspondiente, la transferencia de la aportación de la Secretaría según corresponda.

9. El Gobierno Municipal notificará a la DDMR el Calendario de la Capacitación, Instalación y Suministro de los Módulos.

10. La DDMR en conjunto con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría verificarán la Capacitación, Suministro e Instalación de los Módulos.

11. El Gobierno Municipal entregará a la DDMR los Formatos de Entrega-Recepción por Beneficiario (Anexo 10) debidamente requisitado.

12. La DDMR en conjunto con el Gobierno Municipal emitirán el Acta de Entrega-Recepción por Beneficiario (Anexo 11) de la totalidad de las Acciones entregadas.

#### Chimeneas Ecológicas

1. El Municipio deberá llenar y entregar a través de la Oficialía de Partes de la Secretaría, la Solicitud de Participación Municipal (Anexo

7), Formato de Solicitud de Inscripción para Chimeneas Ecológicas (Anexo 8) y el Listado de Solicitantes (Anexo 9).

2. La DDMR solicitará por escrito a la Subsecretaría convocar al Comité Dictaminador.

3. La Subsecretaría convocará al Comité Dictaminador y en sesión se revisarán, valorarán y determinarán las solicitudes presentadas a través del Anexo 8, tomando como referencia el Objetivo General y la Población Objetivo de las presentes Reglas de Operación, así como a la suficiencia presupuestal.

4. La DDMR confirmará la participación por escrito al Gobierno Municipal con base en la resolución de Comité Dictaminador.

5. El Gobierno Municipal remitirá mediante Oficio a la DDMR la documentación correspondiente al expediente de las personas Beneficiarias del Programa de Chimeneas Ecológicas.

6. La DDMR verificará la integración de los expedientes de los Beneficiarios en físico y electrónico de acuerdo al formato proporcionado por la DDMR para la conformación del Padrón de Beneficiarios.

7. Se firmará el Convenio.

8. La DDMR solicitará a la Subsecretaría, y ésta a su vez, a la instancia correspondiente, la transferencia de la aportación de la Secretaría según corresponda.

9. El Gobierno Municipal notificará a la DDMR el calendario de Instalación de las Chimeneas Ecológicas.

10. La DDMR en conjunto con la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría verificarán la Entrega e Instalación de las Chimeneas Ecológicas.

11. El Gobierno Municipal entregará a la DDMR los Formatos de Entrega- Recepción por Beneficiario (Anexo 10) debidamente requisitado.

12. La DDMR en conjunto con el Gobierno Municipal emitirán el Acta de Entrega-Recepción por Beneficiario (Anexo 11) de la totalidad de las acciones entregadas.

### **10. Comité Dictaminador del Programa**

La Secretaría conformará un Comité Dictaminador, con el fin de garantizar la transparencia del proceso de selección de los Beneficiarios.

## **11. Firma de Convenio**

La Secretaría realizará la suscripción de los Convenios correspondientes, con el objetivo de establecer la participación, los derechos y obligaciones de las partes, que den certeza jurídica.

## **12. Padrón Único de Beneficiarios**

Corresponde a la Secretaría a través de la DDMR adscrita a la Subsecretaría, la obligación de la elaboración y validación del Padrón de Beneficiarios y en coadyuvancia de la Coordinación General de Delegaciones y Participación de la Secretaría, la integración del mismo, para el Programa Integral Alimentario 2022, de conformidad con los Lineamientos Generales para la Conformación del Padrón Único de Beneficiarios de los Programas Sociales Estatales de la Secretaría, así como la publicación del Padrón de Beneficiarios para fines de transparencia, observándose siempre las limitaciones establecidas en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás normativa aplicable. Este Padrón deberá ser remitido a la Dirección de Seguimiento y Evaluación de la Coordinación General Planeación, Seguimiento y Evaluación de la Secretaría, para la revisión, validación e integración al Padrón Único de Beneficiarios de los Programas y resguardo correspondiente.

## **13. Evaluación**

### **13.1 Evaluación Interna**

La Coordinación General de Planeación, Seguimiento y Evaluación de la Secretaría, llevará a cabo la evaluación de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría.

### **13.2 Evaluación Externa**

Podrán llevarlas a cabo instancias especializadas con reconocimiento y experiencia en materia de Evaluación de Programas, en los términos y disposiciones emitidas en los Lineamientos Generales para la Evaluación Externa de los Programas Sociales Estatales y al Programa Anual de Evaluación.

### 13.3 Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Integral Alimentario

| Nivel        | Resumen Narrativo                                                                                                                                      | Fórmula del Indicador                                                                                                                                                                                                                       | Medios de Verificación                                                                         |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Propósito    | Contribuir a disminuir la carencia alimentaria mediante Programas que permitan el Bienestar Integral de la Población que habita en el Estado de Puebla | $\left( \frac{\text{Resultados en porcentaje obtenido de la Población en Carencia Alimentaria del Ejercicio 2020}}{\text{Resultados en porcentaje obtenido de la Población en Carencia Alimentaria del Ejercicio 2022}} \right) \times 100$ | Datos proporcionados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| Componente 1 | Porcentaje de avance de la entrega de Apoyos para Paquetes Alimentarios (PA)                                                                           | $\left( \frac{\text{Número de Apoyos entregados}}{\text{Número de Apoyos Programados para entrega}} \right) / 100$                                                                                                                          | Registros y Bases de Datos de la Dirección                                                     |
| Componente 2 | Porcentaje de avance de la entrega de Apoyos para Módulos de Autosuficiencia Alimentaria (MAA)                                                         | $\left( \frac{\text{Número de Apoyos entregados}}{\text{Número de Apoyos Programados para entrega}} \right) / 100$                                                                                                                          | Registros y Bases de Datos de la Dirección                                                     |
| Componente 3 | Porcentaje de avance de la entrega de Apoyos para Chimeneas Ecológicas                                                                                 | $\left( \frac{\text{Número de Apoyos entregados}}{\text{Número de Apoyos Programados para entrega}} \right) / 100$                                                                                                                          | Registros y Bases de Datos de la Dirección                                                     |

## 14. Transparencia y Difusión

Las presentes Reglas de Operación, los montos y el Padrón de Beneficiarios serán publicados en los términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla y demás normatividad aplicable y estarán a disposición de cualquier interesado para su consulta en el Portal de Transparencia del Gobierno del Estado de Puebla en: <https://transparencia.puebla.gob.mx>.

La Secretaría tendrá a la vista de las personas que realicen trámites en la institución, el aviso integral de privacidad.

## 15. Leyenda

Para la difusión y publicidad que se haga del Programa y en cada una de las Acciones ejecutadas, debe incluirse la siguiente leyenda:

*“Este programa es de carácter público, ajeno a cualquier partido político.*

*Queda prohibido su uso para fines distintos al Desarrollo Social”.*

## **16. Contraloría Social**

Para dar cumplimiento a las acciones de Contraloría Social, se realizarán actividades con base a lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Estatales de Desarrollo Social en el Estado de Puebla, publicados en el Periódico Oficial del Estado de Puebla de fecha 19 de diciembre de 2017.

## **17. Quejas y denuncias**

Las quejas, denuncias o solicitudes de información vinculadas con la operación del Programa que hagan del conocimiento los ciudadanos a la Secretaría de manera personal o a través del teléfono 22 27 77 97 00 ext. 1128 serán canalizadas a la Autoridad competente, de acuerdo con lo dispuesto en la normatividad aplicable.

No obstante, las quejas y denuncias que se presenten, también se podrán realizar a través del teléfono 800 HONESTO de la Secretaría de la Función Pública del Gobierno del Estado de Puebla y ante las instancias correspondientes, cuando se percaten de cualquier acto, hecho u omisión realizada por el ejecutor, personal de la Secretaría, o por cualquier otra persona sea o no Beneficiario del Programa.

## **18. Acciones de blindaje electoral**

En la Operación y Ejecución de los Recursos sujetos a las presentes Reglas de Operación, se deberán observar y atender las medidas de carácter permanente, contenidas en las leyes aplicables, los Acuerdos emitidos por las Autoridades Administrativas Electorales tanto de carácter Federal como Local, así como en aquellas específicas que sean emitidas de forma previa para los procesos electorales federales, estatales y municipales con la finalidad de prevenir el uso de Recursos Públicos y Programas Sociales con fines Particulares, Partidistas y/o Político-Electorales, haciendo énfasis en los principios de ética, legalidad, transparencia, integridad, rendición de cuentas, respeto a los Derechos Humanos y participación ciudadana.

## **19. Interpretación.**

La Subsecretaría estará facultada para interpretar lo dispuesto en las presentes Reglas de Operación y para resolver aspectos no contemplados en las mismas.

## **TRANSITORIOS**

(Del ACUERDO de la Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla, por el que emite las Reglas de Operación del Programa Integral Alimentario, 2022; publicado en el Periódico Oficial del Estado, el miércoles 23 de marzo de 2022, Número 16, Cuarta Sección, Tomo DLXIII).

**PRIMERO.** Las presentes Reglas de Operación entrarán en vigor al día siguiente de su Publicación en el Periódico Oficial del Estado de Puebla y no perderán su vigencia hasta su sustitución o modificación.

**SEGUNDO.** Se abroga el Acuerdo de la Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla, por el que emite las REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO 2021, publicado en el Periódico Oficial del Estado en fecha 25 de marzo de 2021.

**TERCERO.** Se deja sin efecto cualquier documento administrativo que se oponga al presente Acuerdo.

Dado en la Sede de la Secretaría de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla, en la Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a los veintidós días del mes de marzo de dos mil veintidós. La Secretaria de Bienestar del Gobierno del Estado de Puebla. **C. LIZETH SÁNCHEZ GARCÍA.** Rúbrica.

## ANEXOS



**SECRETARÍA DE BIENESTAR**  
Gobierno de Puebla

**ANEXO 1**  
**FORMATO DE SOLICITUD PAQUETES ALIMENTARIOS**

LOGO DEL MUNICIPIO

FECHA:      /      /

---

**DATOS MUNICIPIO**

Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad/ Localidad: \_\_\_\_\_

Tipo de población que recibe el programa

☐ Indígena

☐ Rural

☐ Urbana

---

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ INE: \_\_\_\_\_ Género: ☐ M ☐ F

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Entre calle: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingreso Apox. Mensual: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_

---

"Considerando que la familia es un conjunto de personas que hacen vida en común dentro de una misma vivienda, unidos o no por parentesco que compartan los gastos de manutención y preparen los alimentos en la misma cocina"

¿Cuántas familias hay en su vivienda? incluyendo la suya: \_\_\_\_\_

No. De integrantes en la vivienda: \_\_\_\_\_

"Contando a los niños pequeños y personas con discapacidad"

---

Integrantes de la familia en edad... ESCRIBIR NÚMERO DE HIJOS EN EL RECUADRO

|                                                  |                                           |                                            |                                                             |                                             |                                             |                                              |                                       |                                                |                                               |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Infantil:</b>                                 | <input type="checkbox"/> Mujer 0 - 5 años | <input type="checkbox"/> Hombre 0 - 5 años | <input type="checkbox"/> Mujer 6 - 11 años                  | <input type="checkbox"/> Hombre 6 - 11 años | <input type="checkbox"/> Mujer 12 - 17 años | <input type="checkbox"/> Hombre 12 - 17 años | <b>ADULTO MAYOR</b>                   | <input type="checkbox"/> Mujeres 60 y más años | <input type="checkbox"/> Hombre 60 y más años |
| ¿Sabe leer y escribir?                           | <input type="checkbox"/> SI               | <input type="checkbox"/> NO                | Escolaridad:                                                |                                             | <input type="checkbox"/> Primaria           | <input type="checkbox"/> Secundaria          | <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> Licenciatura          |                                               |
| ¿Sus hijos actualmente se encuentran estudiando? |                                           |                                            | <input type="checkbox"/> SI                                 |                                             | <input type="checkbox"/> NO                 |                                              |                                       |                                                |                                               |
| ¿Último grado de escolaridad de sus hijos?       |                                           |                                            | Anota el número de hijos de acuerdo al nivel de escolaridad |                                             |                                             |                                              |                                       |                                                |                                               |
| Preescolar <input type="checkbox"/>              |                                           |                                            | Primaria <input type="checkbox"/>                           |                                             | Secundaria <input type="checkbox"/>         |                                              | Preparatoria <input type="checkbox"/> |                                                | Licenciatura <input type="checkbox"/>         |

---

¿En su familia hay alguien con alguna discapacidad? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? ☐ Auditiva ☐ Motriz ☐ Visual ☐ Intelectual ☐ Otra \_\_\_\_\_

---

**PROGRAMA SOLICITADO**

**Anexar copia de documentación del solicitante**

|                                                           |                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Identificación Oficial (vigente) | <input type="checkbox"/> Gobiernos Municipales |
| <input type="checkbox"/> Comprobante domiciliario         | <input type="checkbox"/> Personas Directas     |
| <input type="checkbox"/> CURP                             |                                                |

---

"La entrega de la presente Solicitud queda sujeta a aprobación de la instancia correspondiente u no representa una obligación para su incorporación para el programa"

**COMO SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR POR MI PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA**

FIRMA DE PERSONAL SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

No. de Empleado y/o expediente: \_\_\_\_\_

FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al Desarrollo Social"  
 "Este programa es un Programa del Gobierno del Estado de Puebla, a través de la Secretaría de Bienestar"

## ANEXO 2

| <br>SECRETARÍA DE BIENESTAR<br>SUBSECRETARÍA DE OPCIONES PRODUCTIVAS PARA EL BIENESTAR<br>DIRECCIÓN DE DESARROLLO MICRO REGIONAL<br>PERSONAS DIRECTAS |                                                                  |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>ACTA ENTREGA-RECEPCIÓN DE ACCIONES POR BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                             |                                                                  |                              |
| <b>PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                              |
| Objetivo: Contribuir a mejorar el acceso a la alimentación de personas en situación de vulnerabilidad, y/o población con una o más carencias sociales.                                                                                 |                                                                  |                              |
| MUNICIPIO: _____                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                              |
| _____                                                                                                                                                                                                                                  | _____                                                            | _____                        |
| APELLIDO PATERNO                                                                                                                                                                                                                       | APELLIDO MATERNO                                                 | NOMBRE (S)                   |
| DIRECCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |
| GÉNERO:                                                                                                                                                                                                                                | MASCULINO ( )                                                    | FEMENINO ( )                 |
| <b>DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE ACEPTAR LA ACCIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO</b>                                                                                                                                              |                                                                  |                              |
| Como beneficiario del Programa Integral Alimentario, por mi propio derecho y bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información que he proporcionado es verdadera.                                                           |                                                                  |                              |
| Así también, recibí a mi entera satisfacción:                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                              |
| _____                                                                                                                                                                                                                                  | LITROS DE LECHE PRODUCTO LACTEO<br>EN SU MODALIDAD LECHE LIQUIDA | <b>FOTO</b>                  |
| CANTIDAD                                                                                                                                                                                                                               | ACCIÓN:                                                          |                              |
| <b>FIRMAS DE CONFORMIDAD</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                              |
| Vo. Bo.                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                              |
| PRESIDENCIA MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                  | BENEFICIARIO                                                     |                              |
| _____                                                                                                                                                                                                                                  | _____                                                            |                              |
| SELLO                                                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE Y FIRMA O HUELLA                                          |                              |
| Documentos con lo que se identifica el beneficiario:                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                              |
| Identificación Oficial con fotografía ( )                                                                                                                                                                                              | CURP ( )                                                         | Comprobante Domiciliario ( ) |
| COMENTARIOS ADICIONALES: _____                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                              |
| "Este programa es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al Bienestar Social"                                                                                            |                                                                  |                              |
| "El Beneficiario forma parte del Padrón de Beneficiarios del Programa Integral Alimentario 2022"                                                                                                                                       |                                                                  |                              |

### ANEXO 3



Puebla, Pue. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

ASUNTO: SOLICITUD DE  
PARTICIPACIÓN MUNICIPAL

**C. LIZETH SÁNCHEZ GARCÍA**  
**SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA**  
**PRESENTE**

El que suscribe C. \_\_\_\_\_ en su carácter de Presidente Municipal por este conducto y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 102 y 103 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 1, 2, 3, 46, 78, 90, 91 fracción III, y 100 fracción I de la Ley Orgánica Municipal; y con el objeto de conjuntar voluntades, capacidades y recursos en un marco de coordinación, para el desarrollo articulado de acciones, que fortalezcan los programas en materia de combate a la pobreza, la marginación y el rezago, potencialicen los recursos y acciones gubernamentales, incentiven la coordinación entre órdenes de gobierno y coadyuven al beneficio de los territorios y de la población en general del Estado Puebla.

Al respecto y toda vez que dentro del Programa Integral Alimentario se desprenden la posibilidad de llevar a cabo acciones concurrentes mediante esquemas de coinversión o aportaciones complementarias en beneficio de los municipios del Estado, mediante la celebración de convenios específicos con los gobiernos municipales.

Por este conducto manifestamos nuestra intención de participar en el Programa Integral Alimentario a través de recibir **Paquetes Alimentarios**, y con ello robustecer las acciones que lleguen a desarrollarse en beneficio de la población.

Sin otro particular, y en espera de una respuesta favorable, quedo atento de sus siempre apreciables consideraciones.

**ATENTAMENTE**

Nombre, Cargo, firma y sello

## ANEXO 4

|  <b>SECRETARÍA DE BIENESTAR</b><br><b>SUBSECRETARÍA DE OPCIONES PRODUCTIVAS PARA EL BIENESTAR</b><br><b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO MICRO REGIONAL</b><br><b>ACTA ENTREGA-RECEPCIÓN POR BENEFICIARIO</b> |                                                                  |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Objetivo:</b> Contribuir a mejorar el acceso a la alimentación de personas en situación de vulnerabilidad, indígenas, mujeres y población con carencias sociales.                                                                                                                  |                                                                  |                 |
| MUNICIPIO: _____ FECHA DE ENTREGA: _____                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                 |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                 |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____                                                            | _____           |
| APELLIDO PATERNO                                                                                                                                                                                                                                                                      | APELLIDO MATERNO                                                 | NOMBRE (S)      |
| DIRECCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                 |
| GÉNERO: _____ MASCULINO ( ) _____ FEMENINO ( )                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                 |
| <b>DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE ACEPTAR LA ACCIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                 |
| Como beneficiario del Programa Integral Alimentario, por mi propio derecho y bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información que he proporcionado es verdadera.                                                                                                          |                                                                  |                 |
| Así también, recibí a mi entera satisfacción:                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                 |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LITROS DE LECHE PRODUCTO LACTEO<br>EN SU MODALIDAD LECHE LIQUIDA | <div>FOTO</div> |
| CANTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACCIÓN:                                                          |                 |
| FIRMAS DE CONFORMIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                 |
| Vo. Bo.                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                 |
| PRESIDENCIA MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | BENEFICIARIO    |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NOMBRE Y FIRMA O HUELLA                                          |                 |
| SELLO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                 |
| Documentos con lo que se inscribió el beneficiario al programa:                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                 |
| Identificación Oficial con fotografía ( ) CURP ( ) Comprobante Domiciliario ( )                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                 |
| COMENTARIOS ADICIONALES:                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                 |
| "Este programa es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al Desarrollo Social"                                                                                                                                          |                                                                  |                 |
| "El Beneficiario forma parte del Padrón de Beneficiarios del Programa Integral Alimentario 2021"                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                 |

## ANEXO 5

Puebla, Pue. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

ASUNTO: SOLICITUD DE  
PARTICIPACIÓN MUNICIPAL

**C. LIZETH SÁNCHEZ GARCÍA**

**SECRETARIA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA**

**PRESENTE**

El que suscribe C. \_\_\_\_\_ en su carácter de Presidente Municipal por este conducto y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 102 y 103 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 1, 2, 3, 46, 78, 90, 91 fracción III, y 100 fracción I de la Ley Orgánica Municipal; y con el objeto de conjuntar voluntades, capacidades y recursos en un marco de coordinación, para el desarrollo articulado de acciones, que fortalezcan los programas en materia de combate a la pobreza, la marginación y el rezago, potencialicen los recursos y acciones gubernamentales, incentiven la coordinación entre órdenes de gobierno y coadyuven al beneficio de los territorios y de la población en general del Estado Puebla.

Al respecto y toda vez que dentro del Programa Integral Alimentario se desprenden la posibilidad de llevar a cabo acciones concurrentes mediante esquemas de coinversión o aportaciones complementarias en beneficio de los municipios del Estado, mediante la celebración de convenios específicos con los gobiernos municipales.

Por este conducto manifestamos nuestra intención de participar en el Programa Integral Alimentario a en su modalidad de **Módulos de Autosuficiencia Alimentaria**, con las acciones de \_\_\_\_\_ y con ello robustecer las acciones que lleguen a desarrollarse en beneficio de la población y comunidades del Municipio que represento.

Se anexan solicitudes de participación de Inscripción de las interesadas.

Sin otro particular, quedo atento de sus siempre apreciables consideraciones.

**ATENTAMENTE**

Nombre, Cargo, firma y sello



Secretaría  
de Bienestar  
Gobierno de Puebla

**ANEXO 6**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**  
**MÓDULOS DE AUTOSUFICIENCIA ALIMENTARIA**

FECHA: / /

GOBIERNO DEL ESTADO  
DE PUEBLA

| DATOS MUNICIPIO         |                                          | Tipo de población que recibe el programa                                                               |
|-------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Municipio:              | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Indígena<br><input type="checkbox"/> Rural<br><input type="checkbox"/> Urbana |
| A Localidad/ Localidad: | <input style="width: 95%;" type="text"/> |                                                                                                        |

| DATOS DEL SOLICITANTE |                        |                                                               |  |
|-----------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|--|
| Nombre(s):            | Apellido paterno:      | Apellido materno:                                             |  |
| CURP:                 | INE:                   | Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |
| B Calle:              | Nº. Ext.:              | Nº. Int.:                                                     |  |
| Colonia:              | Entre calle:           | C.P.:                                                         |  |
| Ocupación:            | Ingreso Anual Mensual: |                                                               |  |
| Teléfono:             | Nº. Celular:           |                                                               |  |

"Considerando que la familia es un conjunto de personas que hacen vida en común dentro de una misma vivienda, unidas o no por parentesco que comparten los gastos de manutención y preparan los alimentos en la misma cocina"

C ¿Cuántas familias hay en su vivienda? Incluyendo la suya:

No. De integrantes en la vivienda:

"Contando a los niños pequeños y personas con discapacidad"

| Integrantes de la familia en edad... |                                                  | ESCRIBA NÚMERO DE HIJOS EN EL RECUADRO                       |                             |                             |                    |                                   |                                     |                                       |                                       |                          |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|--|
| D                                    | Infantil:                                        | Mujer 0 - 5 años                                             | Hombre 0 - 5 años           | Mujer 6 - 11 años           | Hombre 6 - 11 años | Mujer 12 - 17 años                | Hombre 12 - 17 años                 | ADULTO MAYOR                          | Mujeres 60 y más años                 | Hombres 60 y más años    |  |  |
|                                      | ¿Sabe leer y escribir?                           | <input type="checkbox"/> SI                                  | <input type="checkbox"/> NO | Educativa:                  |                    | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> Licenciatura |                          |  |  |
|                                      | ¿Sus hijos actualmente se encuentran estudiando? | <input type="checkbox"/> SI                                  |                             | <input type="checkbox"/> NO |                    |                                   |                                     |                                       |                                       |                          |  |  |
|                                      | ¿Último grado de escolaridad de sus hijos?       | Anote el número de hijos de acuerdo al nivel de escolaridad: |                             |                             |                    |                                   |                                     |                                       |                                       |                          |  |  |
|                                      | Preparatoria                                     | <input type="checkbox"/>                                     | Primaria                    | <input type="checkbox"/>    | Secundaria         | <input type="checkbox"/>          | Preparatoria                        | <input type="checkbox"/>              | Licenciatura                          | <input type="checkbox"/> |  |  |

|   |                                                     |                                                                                                                                                                      |                                            |
|---|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| E | ¿En su familia hay alguien con alguna discapacidad? | <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> NO                |
|   | ¿Cuál?                                              | <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Otra | <input style="width: 100px;" type="text"/> |

| MÓDULOS DE AUTOSUFICIENCIA ALIMENTARIA                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anejar copia de documentación del solicitante                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Módulo Integral Alimentario<br><input type="checkbox"/> Módulo Vertical Alimentario I<br><input type="checkbox"/> Módulo Vertical Alimentario II<br><input type="checkbox"/> Módulo Vertical Alimentario III<br><input type="checkbox"/> Módulo Avícola Familiar |
| <input type="checkbox"/> Identificación Oficial (vigente)<br><input type="checkbox"/> Comprobante domiciliario<br><input type="checkbox"/> CURP<br><input type="checkbox"/> EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL TERRENO<br><input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE PROPIEDAD |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| CONDICIONES DEL TERRENO (Del solicitante)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuenta con un terreno propio?                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Tiene algún documento que avale su propiedad?                                | SI tengo: <input type="checkbox"/> Título de propiedad <input type="checkbox"/> Constancia de posesión <input type="checkbox"/> No tengo <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            |
| ¿El terreno se encuentra nivelado, libre de escombros o maleza?               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Tiene fácil acceso a abasto orgánico (pavo u otros) y tierra vegetal limpia? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿El terreno tiene fácil acceso a agua?                                        | Poco <input type="checkbox"/> Riego <input type="checkbox"/> Potable <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/><br>Caldo seco <input type="checkbox"/> Cálido <input type="checkbox"/> Templado <input type="checkbox"/> Frio seco <input type="checkbox"/> Frio Humedo <input type="checkbox"/> |
| Tipo de clima en su zona:                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Tipo de población:                                                            | Rural <input type="checkbox"/> Semi Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                           |

| EXPERIENCIA (Del beneficiario)                                                               |                          |       |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|-----------------------------|
| ¿Ha tenido experiencia en siembra y cosecha usted o miembros de su familia cercana?          | <input type="checkbox"/> | SI    | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Se ha dedicado a actividades en el campo y tratamientos de plantas o cultivos?              | <input type="checkbox"/> | SI    | NO                          |
| ¿Cuenta con experiencia en cría de gallos, perros y/o conejos?                               | <input type="checkbox"/> | SI    | NO                          |
| ¿Con cuánto tiempo dispone para invertir en un invernadero al día?                           | <input type="text"/>     | HORAS |                             |
| ¿Los miembros de la familia nuclear tienen la disposición de invertir tiempo en el proyecto? | <input type="checkbox"/> | SI    | NO                          |

| MIEMBROS DEL MÓDULO DE AUTOSUFICIENCIA ALIMENTARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                  |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------------|
| "Considerando que el hogar es un conjunto de personas que habitan bajo una misma vivienda, unidas o no por parentesco que comparten los gastos de manutención y preparar los alimentos en la misma cocina" Los módulos de Autosuficiencia Alimentaria se entregan a 4 familias que pertenecan o no al mismo HOGAR, o que vivan muy cerca de donde se instalará el módulo para el cuidado, mantenimiento y aprovechamiento del proyecto y todos sus beneficios. Por lo tanto, mencione los nombres de un miembro de las otras 3 familias beneficiarias que participarán en el Módulo de Autosuficiencia Alimentaria. |                  |                  |             |
| Posibles Beneficiarias complementarias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                  |             |
| <b>Familia 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre(s): _____ | Apellidos: _____ | Firma _____ |
| <b>Familia 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre(s): _____ | Apellidos: _____ | Firma _____ |
| <b>Familia 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre(s): _____ | Apellidos: _____ | Firma _____ |

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| "La entrega de la presente Solicitud queda sujeta a aprobación de la instancia correspondiente u no representa una obligación para su incorporación para el programa".                                                                       |                                                       |
| <b>COMO SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR POR MI PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA</b>                                                    |                                                       |
| <b>FIRMA DE PERSONAL</b><br>SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA<br><br>Nombre: _____<br>Cargo: _____<br>No. de Empleado y/o expediente: _____                                                                                       | <b>FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE</b><br><br><br><br> |
| "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al Desarrollo Social"<br>"Este programa es un Programa del Gobierno del Estado de Puebla, a través de la Secretaría de Bienestar" |                                                       |

## ANEXO 7

Puebla, Pue. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

ASUNTO: SOLICITUD DE  
PARTICIPACIÓN MUNICIPAL

**C. LIZETH SÁNCHEZ GARCÍA**

**SECRETARIA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA**

**PRESENTE**

El que suscribe C. \_\_\_\_\_ en su carácter de Presidente Municipal por este conducto y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 102 y 103 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 1, 2, 3, 46, 78, 90, 91 fracción III, y 100 fracción I de la Ley Orgánica Municipal; y con el objeto de conjuntar voluntades, capacidades y recursos en un marco de coordinación, para el desarrollo articulado de acciones, que fortalezcan los programas en materia de combate a la pobreza, la marginación y el rezago, potencialicen los recursos y acciones gubernamentales, incentiven la coordinación entre órdenes de gobierno y coadyuven al beneficio de los territorios y de la población en general del Estado Puebla.

Al respecto y toda vez que dentro del Programa Integral Alimentario se desprenden la posibilidad de llevar a cabo acciones concurrentes mediante esquemas de coinversión o aportaciones complementarias en beneficio de los municipios del Estado, mediante la celebración de convenios específicos con los gobiernos municipales.

Por este conducto manifestamos nuestra intención de participar en el Programa Integral Alimentario a en su modalidad de **Chimeneas Ecológicas**, con las acciones y con ello robustecer las acciones que lleguen a desarrollarse en beneficio de la población y comunidades del Municipio que represento.

Se anexan solicitudes de participación de Inscripción de las interesadas.

Sin otro particular, quedo atento de sus siempre apreciables consideraciones.

**ATENTAMENTE**

Nombre, Cargo, firma y sello

## ANEXO 8



**Secretaría de Bienestar**  
Gobierno de Puebla

**ANEXO 8**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**  
**CHIMENEAS ECOLÓGICAS**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**

FECHA:      /      /

---

**DATOS MUNICIPIO**

**A** Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad/Localidad: \_\_\_\_\_

**Tipo de población que recibe el**

☐ Indígena

☐ Rural

☐ Urbana

---

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ INE: \_\_\_\_\_ Género: ☐ M ☐ F

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Entre calles: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingreso Apto. Mensual: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_

---

**C**

*"Considerando que la familia es un conjunto de personas que hayan sido en común dentro de una misma vivienda, unidas o no por parentesco que compartan los gastos de manutención y preparen los alimentos en la misma cocina"*

¿Cuántas familias hay en su vivienda? incluyendo la suya: \_\_\_\_\_

No. de integrantes en la vivienda: \_\_\_\_\_

*"Contando a los niños pequeños y personas con discapacidad"*

---

**D**

**Integrantes de la familia en edad:**

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Infantil:</b><br><input type="checkbox"/> Mujer 0 - 5 años<br><input type="checkbox"/> Hombre 0 - 5 años<br><input type="checkbox"/> Mujer 6 - 11 años<br><input type="checkbox"/> Hombre 6 - 11 años | <b>ESCRIBIR NÚMERO DE HIJOS EN EL RECUADRO</b><br><input type="checkbox"/> 12<br><input type="checkbox"/> 13 - 17 años<br><input type="checkbox"/> 18 - 24 años<br><input type="checkbox"/> 25 años y más | <b>ADULTO MAYOR:</b><br><input type="checkbox"/> Mujeres 60 y más años<br><input type="checkbox"/> Hombres 60 y más años |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¿Sabe leer y escribir? ☐ SI ☐ NO

¿Sus hijos actualmente se encuentran estudiando? ☐ SI ☐ NO

¿Último grado de escolaridad de sus hijos? Anote el número de hijos de acuerdo al nivel de escolaridad

Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐

---

**E**

¿En su familia hay alguien con alguna discapacidad? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? ☐ Auditiva ☐ Motora ☐ Visual ☐ Intelectual ☐ Otra \_\_\_\_\_

---

**CHIMENEAS ECOLÓGICAS**

**F** **Anexar copia de documentación del solicitante**

☐ Identificación Oficial (vigente)

☐ Comprobante domiciliario

☐ CURP

☐ EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL TERRENO

☐ CONSTANCIA DE PROPIEDAD

☐ Chimeneas Ecológicas

---

**CONDICIONES DEL SOLICITANTE**

**G** ¿El combustible que más usan para cocinar es...?

|                               |                                 |                              |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Leña <input type="checkbox"/> | Carbón <input type="checkbox"/> | Gas <input type="checkbox"/> |
| SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>     | NO <input type="checkbox"/>  |

¿La estufa (fogón) de leña o carbón con la que cocina, tienen chimeneas o algún ducto para sacar el humo de la vivienda? ☐ SI ☐ NO

¿La vivienda cuenta con un cuarto exclusivo para cocina? ☐ SI ☐ NO

¿Su fogón se encuentra a la altura de...?

|                                |                                       |                                                    |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
| suelo <input type="checkbox"/> | Media altura <input type="checkbox"/> | La puerta utilizar de pie <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|

¿De qué materiales está construido principalmente su fogón?

|                                  |                                 |                                |                               |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Cemento <input type="checkbox"/> | Piedra <input type="checkbox"/> | Metal <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

¿Cuál? \_\_\_\_\_



H

Anexar fotografía de su espacio para cocinar.

Método aprobado del seguro para cocinar:

"La entrega de la presente Solicitud queda sujeta a aprobación de la instancia correspondiente; si no representa una obstrucción para su incorporación para el programa"

COMO SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR POR MI PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA.

FIRMA DE PERSONAL SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA

FIRMA O HUUELLA DEL SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_

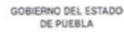
Cargo: \_\_\_\_\_

No. de Empleado y/o expediente: \_\_\_\_\_

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

"Este programa es un Programa del Gobierno del Estado de Puebla, a través de la Secretaría de Bienestar"

I



ANEXO 9

[illegible]

Nombre de quien valida el listado: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

\*Este programa es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al Desarrollo Social.

“Este programa de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al Desarrollo Social”

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <br>Secretaría<br>de Bienestar<br><small>Gobierno de México</small>                                                                                           | <b>ANEXO 10</b><br>SECRETARÍA DE BIENESTAR<br>SUBSECRETARÍA DE OPCIONES PRODUCTIVAS PARA EL BIENESTAR<br>DIRECCIÓN DE DESARROLLO MICRO-REGIONAL | LOGO DE<br>MUNICIPIO                             |
| <b>ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN POR BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                  |
| <b>PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |                                                  |
| Objetivo: Contribuir a mejorar el acceso a la alimentación de personas en situación de vulnerabilidad, y/o población con una o más carencias sociales.                                                                                         |                                                                                                                                                 |                                                  |
| MUNICIPIO: _____ FECHA DE ENTREGA: _____                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |                                                  |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |                                                  |
| _____                                                                                                                                                                                                                                          | _____                                                                                                                                           | _____                                            |
| APELLIDO PATERNO                                                                                                                                                                                                                               | APELLIDO MATERNO                                                                                                                                | NOMBRE (S)                                       |
| DIRECCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |                                                  |
| GÉNERO:                      MASCULINO (   )                      FEMININO (   )                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |                                                  |
| <b>DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE ACEPTAR LA ACCIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |                                                  |
| Como beneficiario del Programa Integral Alimentario, por mi propio derecho y bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información que he proporcionado es verdadera. Así también, recibí a mi entera satisfacción                      |                                                                                                                                                 |                                                  |
| <input type="checkbox"/> MÓDULO INTEGRAL<br>ALIMENTARIO                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> MÓDULO VERTICAL                                                                                                        | <input type="checkbox"/> MÓDULO AVÍCOLA FAMILIAR |
| (Marque únicamente el tipo de Módulo recibido)                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |                                                  |
| <input type="checkbox"/> CHIMENEA ECOLÓGICA                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |                                                  |
| Cantidad _____                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |                                                  |
| Manifiesto bajo protesta de decir verdad:<br>"No ser beneficiario de otro programa gubernamental similar o afín a los que otorga el presente Programa"                                                                                         |                                                                                                                                                 |                                                  |
| <b>FIRMAS DE CONFORMIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                 |                                                  |
| Vo. Bo.                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                 |                                                  |
| PRESIDENCIA MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                          | BENEFICIARIO                                                                                                                                    | COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL                     |
| _____                                                                                                                                                                                                                                          | _____                                                                                                                                           | _____                                            |
| SELLO                                                                                                                                                                                                                                          | NOMBRE Y FIRMA O HUELLA                                                                                                                         | NOMBRE Y FIRMA                                   |
| Documentos con lo que se inscribió el beneficiario al programa:                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                                                  |
| Identificación Oficial con fotografía (   )                                                                                                                                                                                                    | CURP (   )                                                                                                                                      | Comprobante Domiciliario (   )                   |
| <b>COMENTARIOS ADICIONALES:</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                                                  |
| "Este programa es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al Bienestar Social"<br>El Beneficiario forma parte del Padrón de Beneficiarios del Programa Integral Alimentario 2022" |                                                                                                                                                 |                                                  |



**SECRETARÍA DE BIENESTAR  
SUBSECRETARÍA DE OPCIONES PRODUCTIVAS PARA EL BIENESTAR  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO MICRO REGIONAL**

**Foto Antes**

**Foto Durante**

**Foto Despues**

**ENLACE MUNICIPAL**

**ENLACE DE LA SECRETARÍA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, PUESTO Y FIRMA O HUELLA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, PUESTO Y FIRMA O HUELLA**  
No. De Empleado

**ANEXO 11**

**ACTA ENTREGA-RECEPCIÓN  
PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO 2022**

QUE SE FORMULA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL ALIMENTARIO 2022 DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR.

**I LUGAR FECHA Y HORA:**

EN LA LOCALIDAD DE \_\_\_\_\_, DEL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_ SIENDO LAS \_\_\_\_\_ HRS. EL DÍA \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL 2022.

**II PARTICIPANTES:**

ESTANDO REUNIDOS POR PARTE DE LA SECRETARÍA EL C. \_\_\_\_\_, RESPONSABLE DE VERIFICAR LA ENTREGA DEL APOYOS O ACCIONES A LOS BENEFICIARIOS, EL C. \_\_\_\_\_ POR PARTE DEL GOBIERNO MUNICIPAL QUIEN ENTREGA LOS APOYOS O ACCIONES, Y LOS C. \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_, EN REPRESENTACIÓN DE LOS BENEFICIARIAS COMO TESTIGO.

**III DESCRIPCIÓN DE LOS APOYOS O ACCIONES QUE SE RECIBEN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BENEFICIANDO A \_\_\_\_\_ (NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS), CUYAS FIRMAS DE CONFORMIDAD SE ENCUENTRAN INCORPORADAS EN LA PRESENTE ACTA. CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DE 2022.

NO HABIENDO OTRO ASUNTO QUE TRATAR SE DA POR TERMINADO EL PRESENTE ACTO EN EL LUGAR DE INICIO A LAS \_\_\_\_\_ HRS. DEL DÍA \_\_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_ DE 2022, FIRMANDO LOS QUE EN ELLA INTERVIENEN.

ENTREGA: MUNICIPIO

Nombre, cargo y firma.

VERIFICA: PERSONAL ADSCRITO A LA SECRETARIA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE PUEBLA

Nombre, cargo y firma

TESTIGO

Nombre y firma.

TESTIGO

Nombre y firma