
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
Dirección de Programas Estatales
Departamento de Afiliación

“Manual de Operación del Programa Nacional de Afiliación”

ÍNDICE

PROGRAMA NACIONAL DE AFILIACIÓN PAG.2

GLOSARIO PAG.3

ESTRUCTURA OPERATIVA PAG.4

PROCESO Y REQUISITOS DE LA SOLICITUD Y ENTREGA DE
TARJETAS PARA LA AFILIACIÓN PAG.6

EXPEDICIÓN DE TARJETA INAPAM PAG. 8

INTEGRACIÓN, CUSTODIA Y CONTROL DE LOS EXPEDINETES
GENERADOS DEL PROCESO DE AFILIACIÓN PAG.11

ALIMENTACIÓN DE LA BASE DE DATOS PAG.13

INFORME MENSUAL PAG.16



"MANUAL DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE AFILIACIÓN"

El Programa Nacional de Afiliación tiene su fundamento legal en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 108; el Plan Nacional de Desarrollo, Eje 2 México Incluyente; Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Artículo 28 Fracción XIX; Estatuto Orgánico del Instituto Nacional De las Personas Adultas Mayores, Artículo 5 Fracción XIX, XXII, Artículo 41 Fracción XVII; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental Artículo 20 Fracción VI; Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos Artículo 7 y 8 Fracciones I, III, V y XXIV; Lineamientos Normativos para la Integración del Padrón Único de Beneficiarios de la SEDESOL; Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias de la Administración Pública Federal en su Capítulo 2.

El "Manual de Operación del Programa Nacional de Afiliación" es el instrumento que establece los lineamientos normativos para llevar a cabo el proceso de "Afiliación" en un marco de certeza jurídica. Este proceso permite al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores acreditar al sector de la Población que cuenta con sesenta años cumplidos o más, proporcionándoles la "Tarjeta INAPAM" que les da el acceso a descuentos y beneficios, con instituciones públicas y privadas que tienen convenidos vigentes con el INAPAM, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida en este sector de la población.

Alcance

El presente Programa es aplicable y obligatorio en todos los módulos del Distrito Federal bajo la coordinación del Departamento de Afiliación, así como en cada Entidad Federativa donde es coordinado por la Delegación Estatal del INAPAM competente.

“GLOSARIO”

INAPAM.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

O.I.C. - Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Personas Adultas Mayores (PAM).- Según lo estipula el artículo 3 fracción I de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores son aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

Tarjeta INAPAM.- Tarjeta que el INAPAM expide a las personas que cuentan con 60 años cumplidos o más y que presentando la documentación comprobatoria requerida, permite tener acceso a descuentos y beneficios en las instituciones públicas y privadas con las cuales el INAPAM tiene convenio.

Afiliación.- Proceso por medio del cual las personas adultas mayores reciben la Tarjeta INAPAM.

Afiliación Tradicional (tarjeta de cartón).- Es el mecanismo utilizado de forma histórica en el Instituto para la afiliación. Consta de tarjetas de cartón en las que se registra la información de la persona adulta mayor como nombre, fecha de nacimiento, dirección y a quien llamar en caso de emergencia; dicho registro se efectúa con máquinas de escribir; la persona adulta mayor plasma su firma autógrafa así como su huella dactilar.

Afiliación Electrónica.- Es el mecanismo que se está implementando recientemente en el Instituto para la Afiliación. Consta de tarjetas de PVC, en las que se imprime la información de la persona adulta mayor como nombre, fecha de nacimiento, dirección y a quien llamar en caso de emergencia, así como su huella dactilar, su firma autógrafa y su fotografía misma que se toma en ese momento. Este mecanismo tendrá lugar en aquellos módulos de afiliación que cuenten con la infraestructura tecnológica que apruebe el INAPAM, por conducto del Departamento de Afiliación. Todos aquellos módulos que no sean aprobados para utilizar el mecanismo de afiliación electrónica, deberán seguir operando con el mecanismo de afiliación tradicional (Tarjetas de cartón)

Módulo de Afiliación.- Espacio físico destinado expresamente para efectuar el proceso de afiliación.

“ESTRUCTURA OPERATIVA”

El Programa Nacional de Afiliación para su correcto funcionamiento se apoya en la siguiente estructura:

Dirección de Programas Estatales: Cuenta con un Director que es nombrado por el Consejo Directivo a propuesta del Director General del Instituto, quien vigila el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Afiliación.

Departamento de Afiliación: Departamento que en coordinación con la Dirección de Programas Estatales define las normas y procedimientos para la afiliación de las personas adultas mayores en las Entidades Federativas y el Distrito federal.

Delegaciones Estatales: Al frente de cada Delegación Estatal habrá un Delegado Estatal quien en ejercicio de sus funciones será auxiliado por los servidores públicos previstos en la estructura orgánica autorizada del Instituto. Estos, a fin de mantener y ampliar la cobertura de este Programa a nivel nacional, podrán convenir con los Ayuntamientos del país, acciones de colaboración y coordinación a través de representaciones municipales a las cuales se le proporcionarán las tarjetas, la capacitación e información pertinente que sean necesarias para cumplir con el objetivo de afiliar a un mayor número de la población adulta mayor. Los Ayuntamientos por su parte. Convendrán proporcionar los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el logro del objetivo del Instituto.

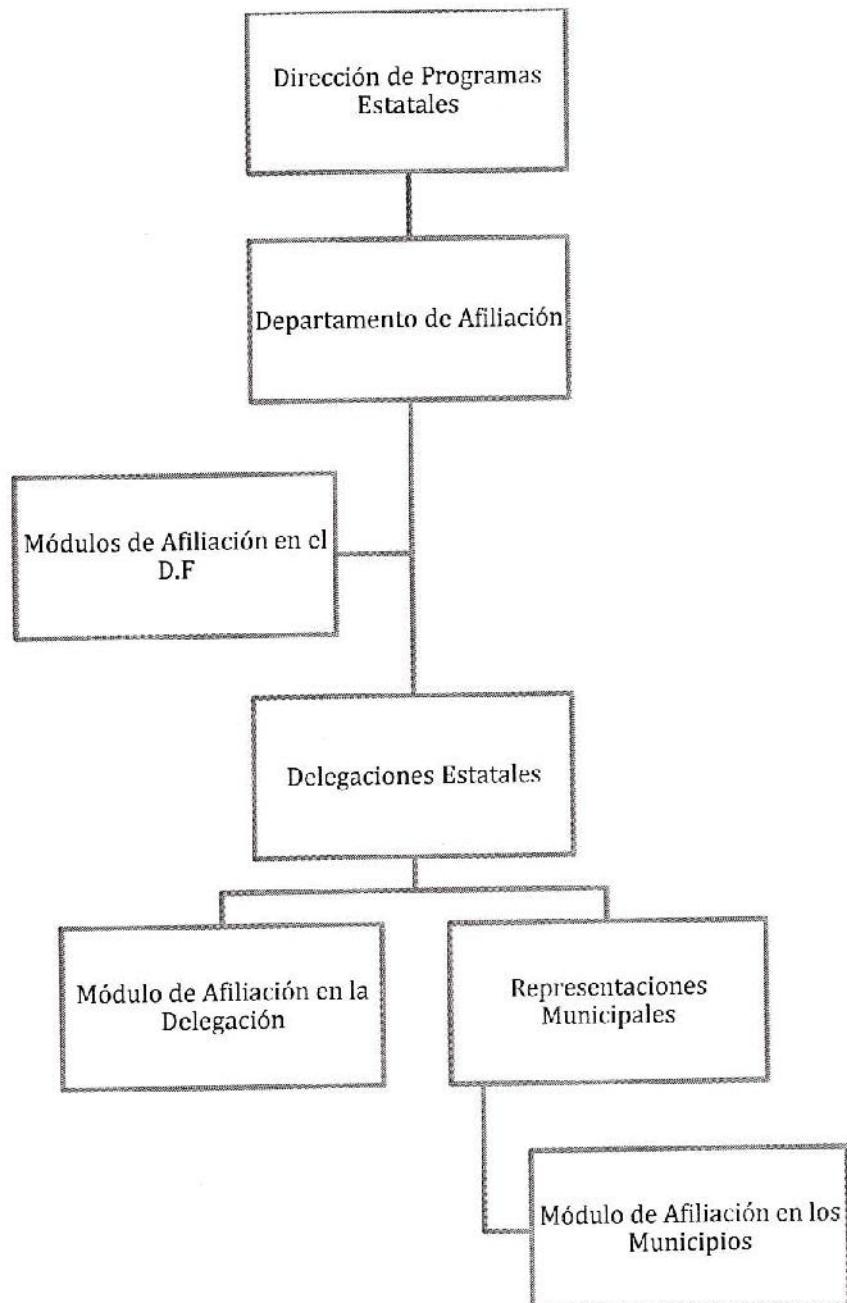
Representaciones Municipales: Serán representaciones municipales aquellas que:

- a) Sean Representaciones Municipales Honorificas reconocidas por el INAPAM, por medio de una carta compromiso (Anexo A)
- b) Designadas expresamente por las autoridades en el Ayuntamiento para fungir como tales.

Ejecutarán el “Programa Nacional de Afiliación” en su respectivo municipio, reportando los resultados del programa a nivel municipal a la Delegación Estatal competente.



“ESTRUCTURA OPERATIVA”



“PROCESO Y REQUISITOS DE LA SOLICITUD Y ENTREGA DE TARJETAS INAPAM PARA LA AFILIACIÓN”

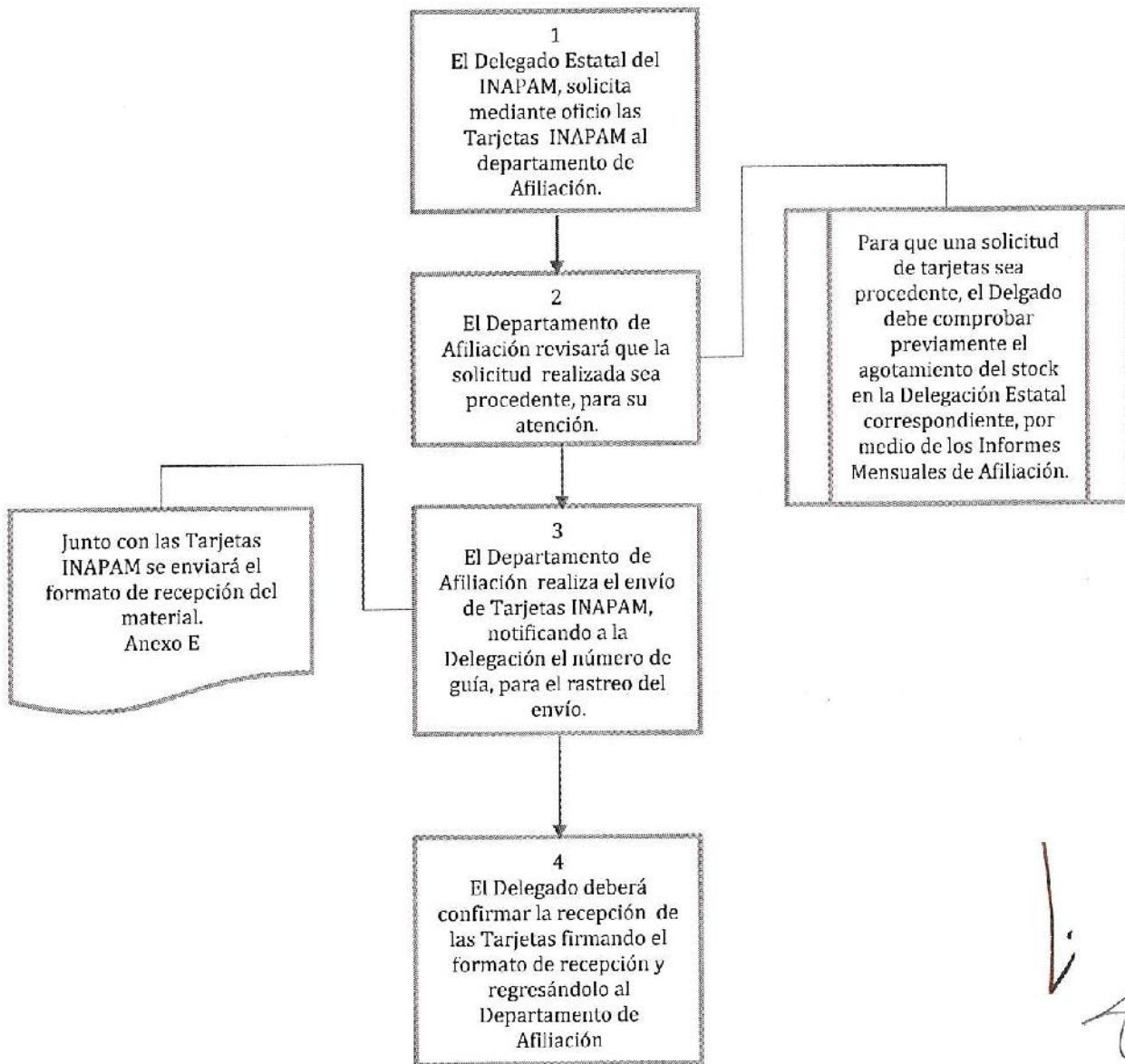
Para la entrega de tarjetas INAPAM a las Delegaciones Estatales, es necesario apegarse a los siguientes requisitos:

- 1.- El Delegado/a deberá remitir de manera oficial (por escrito), la petición correspondiente al Departamento de Afiliación.
- 2.- Comprobar a través de los Informes Mensuales que se envían al Departamento de Afiliación, del agotamiento del stock de tarjetas disponibles en la Delegación.
- 3.- El Departamento de Afiliación realizará el envío de tarjetas, proporcionando el número de guía de dicho envío para que la Delegación pueda rastrearlo.
- 4.- Notificar la recepción del material, por medio del formato de recepción de material.
(Anexo B “Recibo de credenciales”).

Será responsabilidad de las Delegaciones Estatales efectuar y controlar el abasto de Tarjetas INAPAM para efectuar el proceso de Afiliación en los módulos operados por representaciones municipales, así como en la propia delegación.

Actividad: Solicitud y Entrega de Tarjetas INAPAM para la afiliación en las Entidades Federativas

Responsable: Delegación Estatal, Departamento de Afiliación.



EXPEDICIÓN DE TARJETA INAPAM

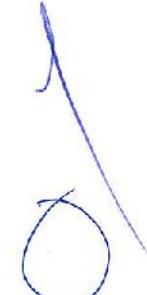
Proceso de Expedición

Esta actividad se llevará a cabo en todos los módulos de afiliación a nivel nacional, de la siguiente manera:

- ❖ La persona adulta mayor se presenta en el Módulo de Afiliación con la documentación necesaria para comprobar tener 60 años cumplidos o más, comprobar su identidad y su domicilio.
- ❖ El operador revisa que la documentación presentada por la persona adulta mayor cumpla con lo establecido; de ser así le proporciona la solicitud para que la requisite y firme la persona adulta mayor, en caso de que la documentación que no cumpla con lo establecido, el operador orientará a la persona adulta mayor para que pueda regresar con la documentación necesaria.

Afiliación tradicional

Una vez que la persona adulta mayor ha requisitado y firmado su solicitud, regresa con el operador para que le expidan su tarjeta INAPAM, el operador elabora la credencial plasmando la fecha de nacimiento, nombre completo, dirección, nombre y teléfono de contacto en caso de emergencia; pega la foto de la persona adulta mayor marcando sobre ésta el sello de afiliación y la persona adulta mayor plasmará su huella digital del dedo índice derecho así como su firma autógrafa; con lo que queda terminada la tarjeta y se le entrega.



Afiliación electrónica

El operador elabora la tarjeta de la persona adulta mayor que ha presentado la documentación requerida, comienza por capturar en el sistema nombre completo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estado civil, sexo, dirección, nombre y teléfono de contacto en caso de emergencia; se capturan las respuestas dadas por la persona adulta mayor a las 13 preguntas del cuestionario complementario; se capturan los biométricos de la persona adulta mayor, se escanean sus documentos, se imprime la tarjeta y se le entrega a la persona adulta mayor.



Aplicación del Cuestionario Complementario

La Dirección de Programas Estatales en coordinación con la Dirección de Atención Geriátrica, desarrolló el cuestionario complementario que se aplica en el proceso de afiliación, el cual consta de 13 preguntas que permiten obtener información detallada para construir el perfil de las personas adultas mayores y sus necesidades, lo que contribuye a la toma de decisiones en la aplicación de los programas del INAPAM y a la rectoría de la política pública orientada a las personas adultas

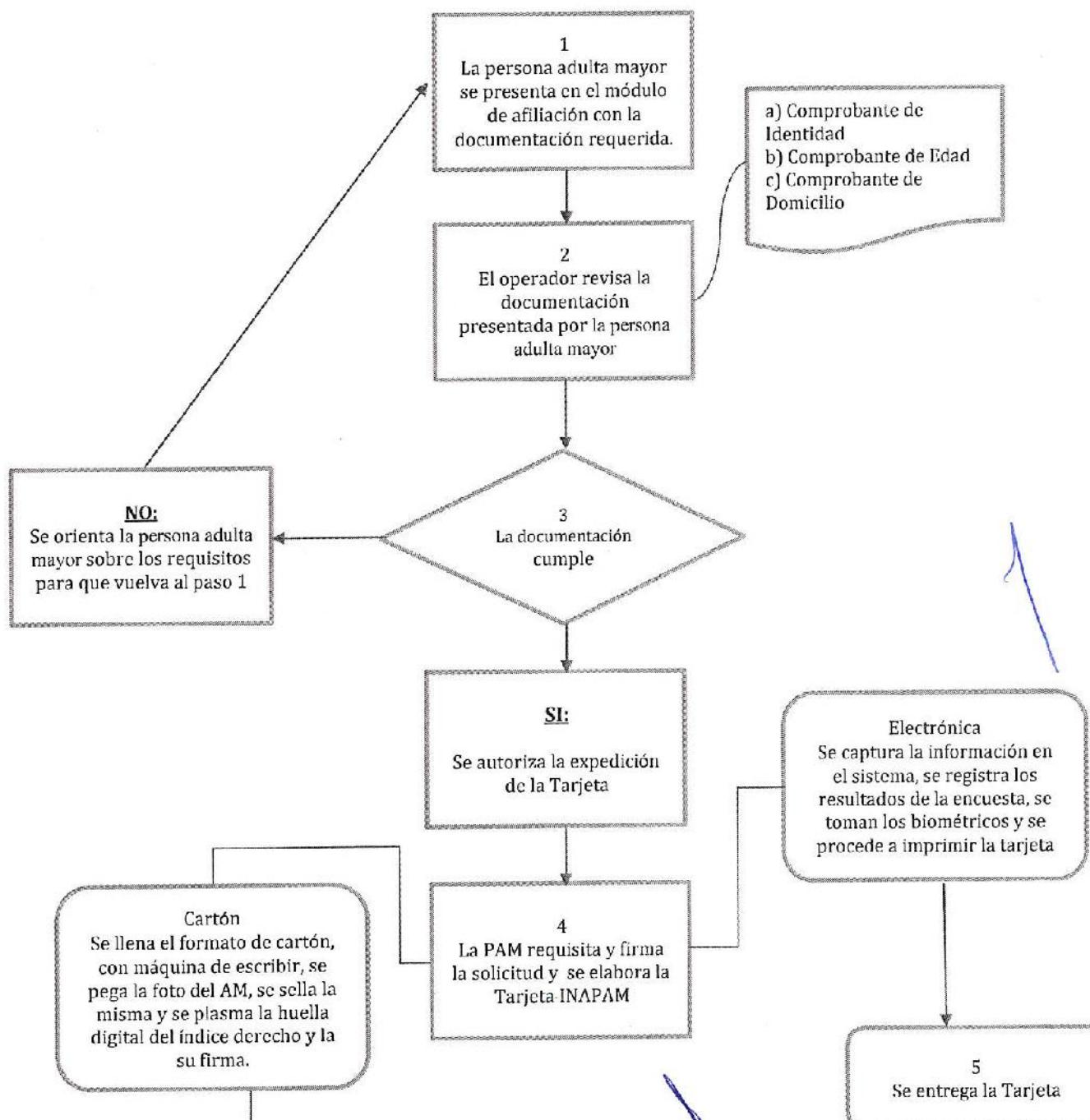


mayores. Este cuestionario se comenzó a aplicar a partir de Mayo del 2013 en el D.F. y en el resto de la Republica a partir de Agosto del 2013.

“Anexo C” Cuestionario Complementario.

Actividad: Expedición de Tarjeta

Responsable: Operador de Módulo de Afiliación





Requisitos

Las personas adultas mayores que solicitan la Tarjeta INAPAM deberán cubrir tres requisitos:

- Comprobar su Identidad
- Comprobar su edad (tener 60 años cumplidos o más)
- Comprobar su domicilio.

Y lo podrá hacer presentando en original (acompañado de fotocopia en caso de acudir algún módulo de afiliación tradicional) los siguientes documentos.

| Documento | UTILIDAD DEL DOCUMENTO | | |
|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| | COMPROBANTE DE IDENTIDAD | COMPROBANTE DE EDAD | COMPROBANTE DE DOMICILIO |
| Credencial de Elector (IFE) | X | X | X |
| Credencial del ISSSTE. | X | X | |
| Credencial o carnet del IMSS con fotografía (Debe tener la fecha de nacimiento) | X | X | |
| Pasaporte. | X | X | |
| Cartilla del Servicio Militar. | X | X | |
| Licencia de manejo. | X | X | |
| Cédula profesional. | X | X | |
| FM2, FM3 o carta de naturalización (En caso de ser extranjero) | X | X | |
| Credencial "No" oficial con foto | X | | |
| Acta de nacimiento. | | X | |
| Clave Única de Registro de Población (CURP) | | X | |
| Acta de matrimonio | | X | |
| Acta de nacimiento de alguno de sus hijos | | X | |
| Constancia de residencia emitida por la autoridad del lugar donde reside el interesado | | X | |
| Testimonial de la autoridad tradicional indígena, de la autoridad municipal o la delegación del lugar | | X | |
| Recibo de luz. | | | X |
| Boleta predial. | | | X |
| Recibo de agua | | | X |
| Recibo de teléfono | | | X |
| Recibo de gas | | | X |
| Cualquier estado de cuenta que contenga los datos de su dirección | | | X |



INTEGRACIÓN, GUARDA, CUSTODIA Y CONTROL DE LOS EXPEDIENTES GENERADOS DEL PROCESO DE AFILIACIÓN TRADICIONAL

Derivado del proceso de afiliación se genera un expediente documental que se integra con la solicitud de la Tarjeta INAPAM y las fotocopias de los documentos presentados por la persona adulta mayor para el caso del proceso de Afiliación Tradicional. Para el proceso de Afiliación Electrónica el expediente reside en el software con la digitalización de los documentos.

Estos expedientes por contar con información personal de las personas adultas mayores afiliados, deben ser integrados debidamente y proceder a su custodia, procurando en todo momento dar cumplimiento a la **Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental** en su capítulo IV Artículo 20 fracción VI “Adoptar las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado”.

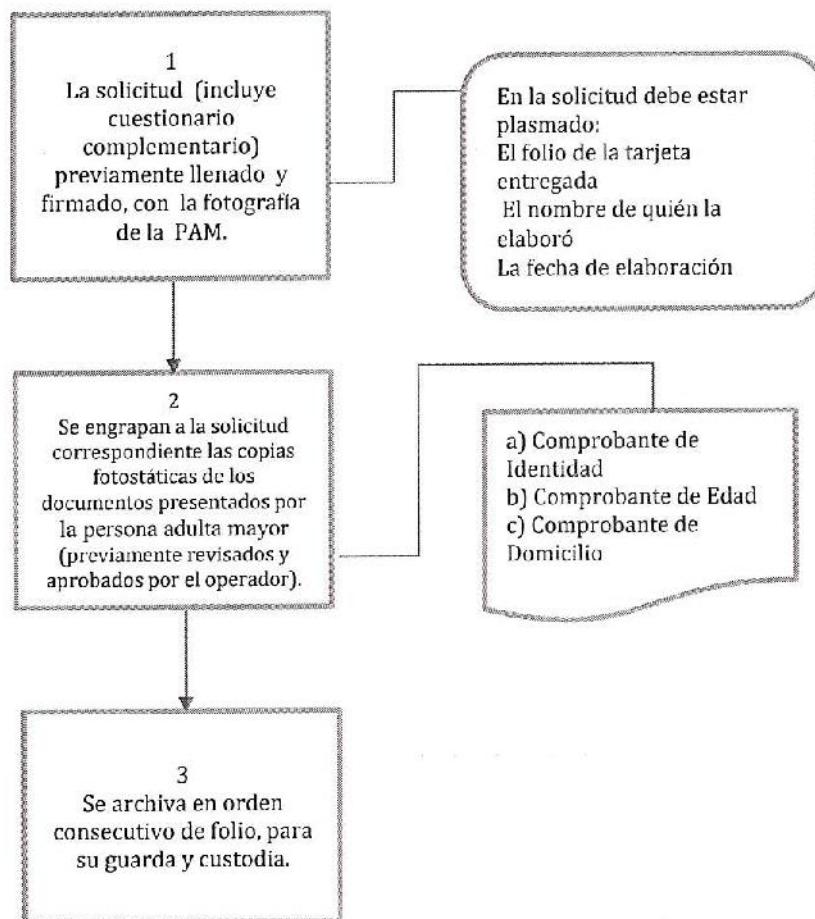
La integración del expediente, son responsabilidad de la persona que emite la Tarjeta INAPAM, quien podrá estar adscrito a cualquiera de las instancias que integran la estructura operativa del Programa Nacional de Afiliación.

La guarda y custodia de los expedientes se realizará en cada módulo de afiliación o en el lugar signado para este fin.

Actividad: Integración, guarda y custodia del expediente de afiliación.

Responsable: Operador de Módulo de Afiliación.

A) Afiliación tradicional (Tarjeta de Cartón)



B) Afiliación Electrónica: El expediente queda integrado en la base de datos al capturar los datos generales de la persona adulta mayor, sus biométricos, el cuestionario complementario y con el escaneo de los documentos presentados por la persona adulta mayor.

ALIMENTACIÓN DE LA BASE DE DATOS

En el mecanismo de afiliación tradicional (cartón) la información generada en el proceso de afiliación (datos personales de la persona adulta mayor y sus respuestas al cuestionario complementario) deberá ser capturada en el formato "Base de Datos" (Anexo D) de cada módulo, de acuerdo a la guía de llenado del formato de captura "Base de Datos" (Anexo E)

La Delegación Estatal será la encargada de concentrar la información capturada en todos los módulos de su estado y de enviarla de forma electrónica, durante los primeros **7 días hábiles** del siguiente mes, al Departamento de Afiliación, para su integración al padrón de afiliados del INAPAM.

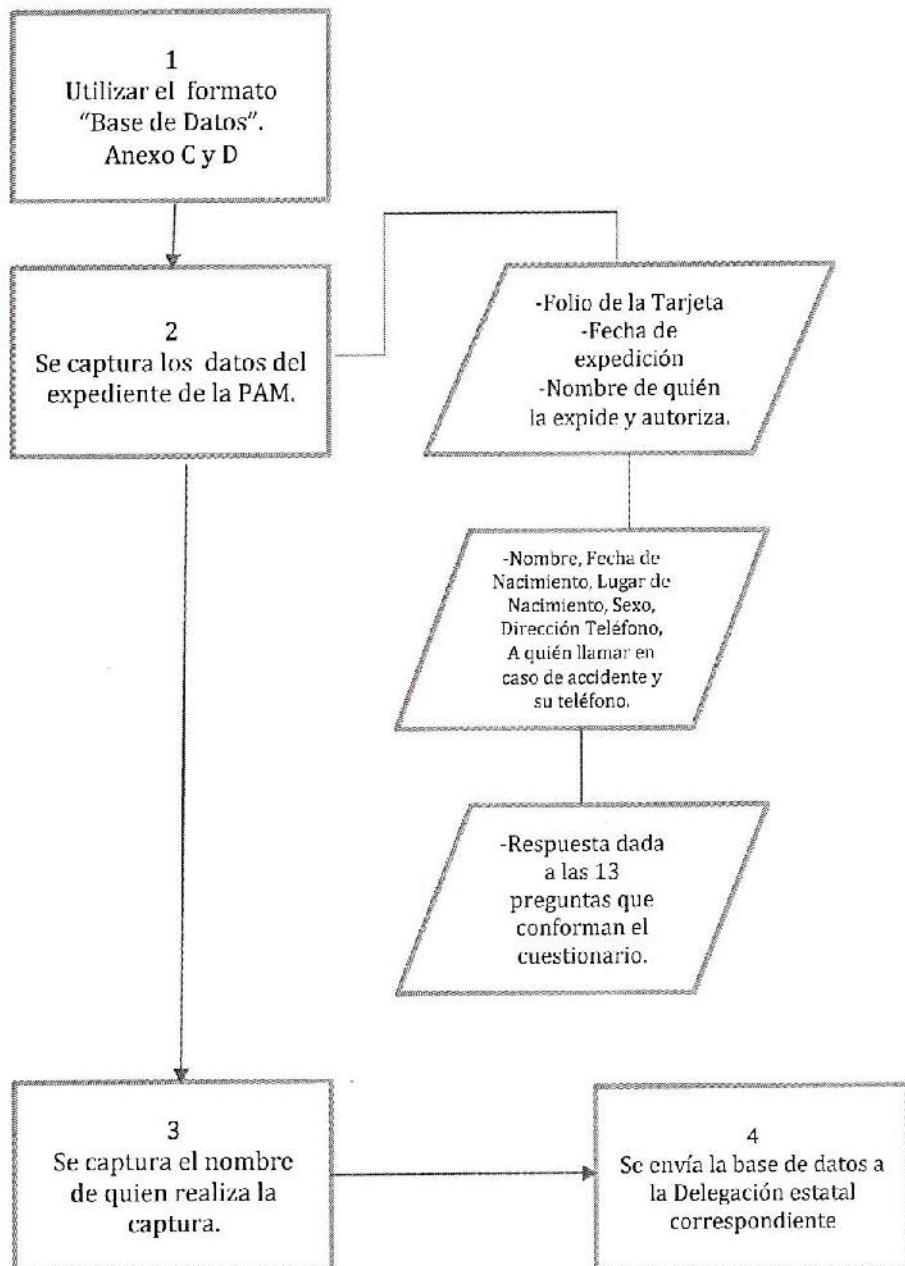
En el caso del mecanismo de Afiliación Electrónica el cuestionario está integrado en el software diseñado para dicho mecanismo y la integración de la "Base de Datos" será de forma remota, lo que permitirá contar con información estadística de manera inmediata.

En ambos mecanismos de Afiliación, la recolección de información se realizará atendiendo a Lineamientos Normativos para la Integración del Padrón Único de Beneficiarios de la SEDESOL.

M *l* *c* *do*

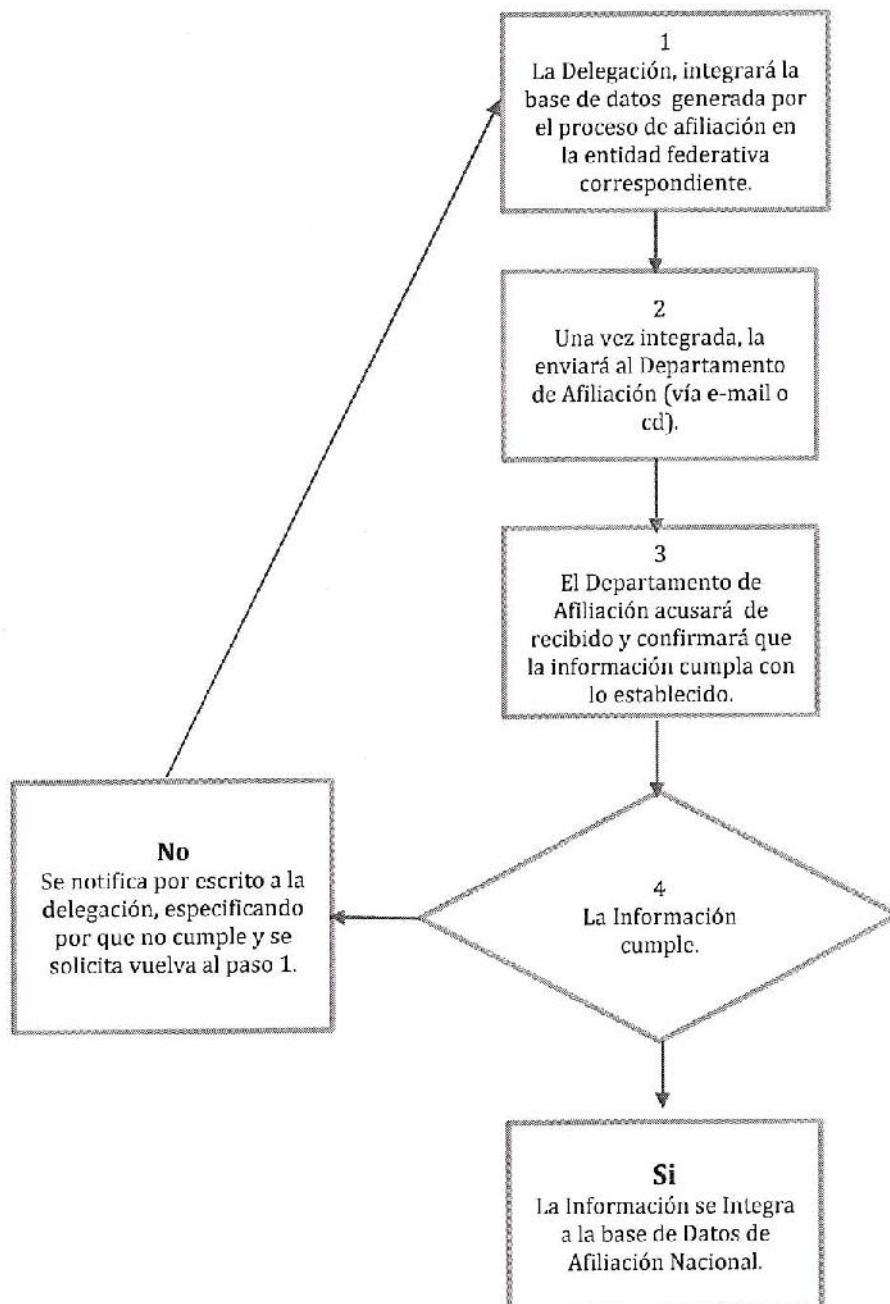
Actividad: Captura de la información en "Base de datos"

Responsable: Operador de Módulo de Afiliación



Actividad: Integración y envío de la base de datos de afiliación en las entidades federativas.

Responsable: Delegación Estatal.



INFORME MENSUAL

La Delegación Estatal deberá llevar un registro pormenorizado de la emisión de las tarjetas en todo el estado, lo que comprende tanto las expedidas en las oficinas de la propia Delegación, como en las representaciones municipales. Ello implica registrar la fecha de expedición, el lugar de emisión, el género del tarjeta-habiente (H o M), y el folio de la tarjeta emitida y el detalle si es primera vez o reposición. Esta información se concentrará y se enviará mensualmente en el formato de "Informe mensual" ("Anexo F") durante **los primeros 7 días hábiles del mes siguiente al reportado**.

Basado en esta información el Departamento de Afiliación efectuará el cálculo del cumplimiento de las metas previamente establecidas.

Esto solo aplica en el caso del proceso de afiliación tradicional (cartón), ya que en el caso del proceso de afiliación electrónica este registro queda integrado en el software de forma automática.

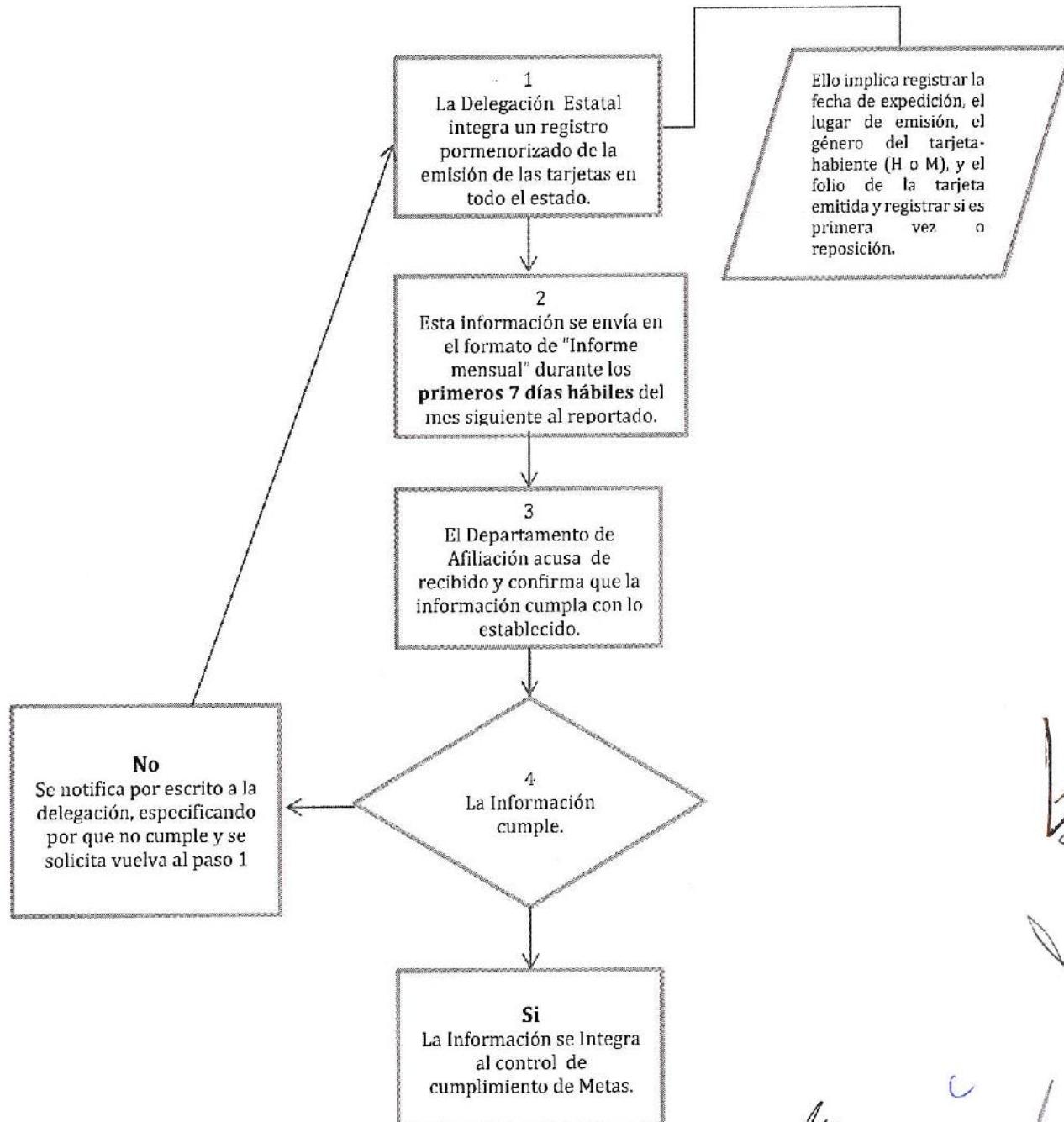
Metas

El Departamento de Afiliación en conjunto con la Dirección de Programas Estatales programará y presentará las metas anuales de Afiliación a nivel Nacional y por Delegación Estatal (Anexo G y H).

Las metas se establecerán con base en la población objetivo de cada Entidad Federativa y el cumplimiento de las mismas se evaluará con la información reportada en los informes mensuales.

Actividad: Envío de Informe Mensual.

Responsable: Delegación Estatal.



“RESPONSABILIDADES”

Dirección de Programas Estatales.-

- a) Vigilar en coordinación con el Departamento de Afiliación, así como con las Delegaciones Estatales, que se cumplan los objetivos de afiliación a nivel Nacional.
- b) Evaluar en conjunto con la Dirección de Atención Geriátrica la información estadística planteada por el Departamento de Afiliación, para la toma de decisiones en la orientación de programas sociales que apoyen a las personas adultas mayores.
- c) Determinar estrategias y evaluar resultados del Programas Nacional de Afiliación.

Departamento de Afiliación.-

- a) Vigilar en coordinación con la Dirección de Programas Estatales y las Delegaciones Estatales, que se cumplan los objetivos de afiliación a nivel Nacional.
- b) Efectuar la distribución en tiempo y forma del material y equipo necesarios para la expedición de Tarjetas INAPAM en los módulos de afiliación en el D.F. y las Delegaciones Estatales.
- c) Crear, controlar y vigilar el registro de afiliación de las personas adultas mayores con la información demográfica, y los datos estadísticos para establecer un padrón y perfil de los afiliados y ponerla a disposición de la Dirección de Programas Estatales.
- d) Ejecutar el Programa Nacional de Afiliación en el Distrito Federal y en los estados de la República en coordinación con las Delegaciones Estatales.
- e) Vigilar que se efectúe la debida integración de los expedientes producto del proceso de afiliación y su custodia, en cada módulo de afiliación en el D.F. o en el lugar signado para ello, y que cada tarjeta emitida cumpla con las normas y procedimientos establecimientos.
- f) Reportar de forma mensual a la Dirección de Programas Estatales los resultados obtenidos de la afiliación a nivel nacional.

Delegaciones Estatales.-

- a) Ejecutar el Programa Nacional de Afiliación en el estado correspondiente para lo cual podrá apoyarse en las Representaciones Municipales.
- b) Resguardar bajo la más estricta responsabilidad las tarjetas INAPAM que el Departamento de Afiliación le proporcione para su expedición a la población adulta mayor del estado correspondiente y en caso de robo o extravío denunciar el hecho ante ministerio público y remitir el acta al Departamento de Afiliación.
- c) Vigilar en el estado correspondiente, que se cumplan los objetivos del Programa Nacional de Afiliación en coordinación con las Representaciones Municipales.
- d) Efectuar debidamente la distribución de las tarjetas INAPAM a las Representaciones Municipales, y en su caso el equipo requerido.
- e) Remitir al Departamento de Afiliación del INAPAM el Informe Mensual y el archivo Base de Datos de los afiliados en el Estado **los primeros 7 días del mes siguiente al reportado**.
- f) Vigilar que se efectúe la debida integración de los expedientes producto del proceso de afiliación y proceder a su custodia, en cada módulo de afiliación en el estado o en el lugar signado para ello, y que cada tarjeta emitida cumpla con las normas y procedimientos establecimientos.

De las Representaciones Municipales.-

- a) Ejecutar el Programa Nacional de Afiliación en el municipio correspondiente.
- b) Resguardar bajo la más estricta responsabilidad las tarjetas INAPAM que el Departamento de Afiliación le proporcione para su expedición a la población adulta mayor del estado correspondiente y en caso de robo o extravío denunciar el hecho ante ministerio público y remitir el acta al Departamento de Afiliación.
- c) Vigilar en el estado correspondiente, que se cumplan los objetivos del Programa Nacional de Afiliación en coordinación con las Representaciones Municipales.
- d) Remitir a la Delegación Estatal correspondiente el Informe Mensual y el archivo Base de Datos de los afiliados en el Estado **los primeros 5 días del mes siguiente al reportado**.
- e) Vigilar que se efectúe la debida integración de los expedientes producto del proceso de afiliación y proceder a su custodia, en cada módulo de afiliación en el municipio o en el lugar signado para ello, y que cada tarjeta emitida cumpla con las normas y procedimientos establecimientos.



De los Operadores de Módulo.-

- a) Emitir tarjetas de afiliación en estricto apego a los requisitos y procedimientos establecidos.
- b) Velar para que el trámite sea gratuito de principio a fin y que la tarjeta se entregue inmediatamente al terminar el trámite.
- c) Resguardar bajo la más estricta responsabilidad las tarjetas INAPAM que el Departamento de Afiliación le proporcione para su expedición a la población adulta mayor del estado correspondiente y en caso de robo o extravío denunciar el hecho ante ministerio público y remitir el acta al Departamento de Afiliación.
- d) Efectuar la debida integración de los expedientes producto del proceso de afiliación.
- e) Capturar en el formato Base de Datos la información generada en el proceso de afiliación (datos personales de la persona adulta mayor y sus respuestas al cuestionario complementario).
- f) Generar de manera mensual, un informe del número de personas adultas afiliadas en su módulo.

Responsabilidades generales.

Todas las instancias involucradas tendrán la responsabilidad de denunciar los hechos irregulares de los que tenga conocimiento por escrito al Órgano Interno de Control, a la Dirección de Programas Estatales y al Departamento de Afiliación las Delegaciones Estatales o las Representaciones Municipales.

En caso de robo, extravío o desaparición de tarjetas INAPAM y/o expedientes de afiliación, el servidor público deberá realizar la denuncia ante las autoridades competentes.

El presente manual entrará en vigor al día siguiente de su aprobación en el seno del Comité.

México, D.F., a los 22 días del mes de enero de dos mil catorce.



PRESIDENTE

LIC. LUIS ABREU GIRALT
DIRECTOR DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

SECRETARIO EJECUTIVO

LIC. MARIO AMAYA ROMERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y EVALUACIÓN

VOCAL

VOCAL

DR. SERGIO SALVADOR VALDÉS Y ROJAS
DIRECTOR DE ATENCIÓN GERIÁTRICA

LIC. JOEL CLÍMACO TOLEDO
DIRECTOR DE PROGRAMAS ESTATALES



VOCAL

LIC. ERICK LÓPEZ MONDRAGÓN
SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES
Y SERVICIOS GENERALES

VOCAL

C.P SERGIO VICENTE QUINTERO ROJAS
SUBDIRECTOR DE PRESUPUESTO Y
CONTABILIDAD

VOCAL

LIC. MARCO ANTONIO GUEVARA MIRANDA,
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y
DESARROLLO DE PERSONAL

VOCAL

LIC. OSCAR CRUZ LUGO
SUBDIRECTOR DE COMUNICACIÓN SOCIAL

ASESOR JURÍDICO

LIC. JORGE LUIS CASTILLO QUINTAL
SUBDIRECTOR
JURÍDICO

ASESOR TÉCNICO

MTRA. ALICIA OLIVERAS RUÍZ
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE
CONTROL EN EL INAPAM



Anexo A

**LIC. JOEL CLÍMACO TOLEDO
DIRECTOR DE PROGRAMAS ESTALES
DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES
PRESENTE.**

Por medio de la presente carta compromiso y en cumplimiento a las obligaciones inherentes a mi nombramiento como voluntario (a) REPRESENTANTE HONORARIO (A), signado por la Directora del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores en fecha _____, me comprometo a llevar a cabo con apego a derecho las medidas, programas y líneas de acción específicas que el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ha puesto en marcha, las cuales son orientadas a las personas adultas mayores para enfrentar de manera efectiva los múltiples retos y desafíos que se vislumbran con respecto a este sector de la población.

Asimismo me obligo de manera voluntaria a través del presente instrumento a procurar el buen funcionamiento dentro del Municipio de _____, los programas que permitan al INAPAM afiliar el mayor número posible de personas adultas mayores de sesenta años o más de edad en el Municipio; a vigilar en coordinación con la Delegación Estatal del INAPAM en el Estado de _____, que se cumplan los objetivos de afiliación en el Municipio; a resguardar bajo mi más estricta responsabilidad las tarjetas INAPAM que la Delegación Estatal del INAPAM en el Estado de _____ me proporcione para su expedición a la población adulta mayor del Municipio; a efectuar debidamente y en apego a derecho la distribución de las tarjetas INAPAM que me proporcione la Delegación Estatal del INAPAM en el Estado de _____, a las personas adultas mayores en el Municipio; a resguardar bajo mi más estricta responsabilidad la documentación correspondiente proporcionada por las personas adultas mayores para la obtención de la tarjeta INAPAM; a rendir a la Delegación Estatal del INAPAM en el Estado de _____ manera mensual o cuando así se me requiera un informe del número de personas adultas afiliadas por la representación honoraria en el Municipio; a generar un registro de afiliación de las personas adultas mayores con la información demográfica, y los datos estadísticos para establecer un padrón y características o perfil de los afiliados en el Municipio; dar transparencia y certeza jurídica al proceso de Afiliación en el Municipio.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para reiterarle la seguridad de mi consideración distinguida, atendiendo al fin social a favor de las Personas Adultas Mayores en el Municipio.

Atentamente

Nombre y firma de Representante Honorario



Anexo B

| CENTRO DE AFILIACIÓN | FEDERICO GOMEZ SANTOS | FECHA |
|----------------------|-----------------------|-------|
|----------------------|-----------------------|-------|

| NO. | CANTIDAD | DESCRIPCIÓN | DEL FOLIO AL FOLIO |
|-----|----------|-------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ENTREGA

RECIBE

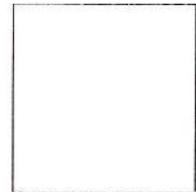
Anexo C

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

FECHA DE ELABORACIÓN: / / H M FOLIO _____ CVE. MOV. _____
MÓDULO: _____ REVISO DOCUMENTOS _____ ELABORÓ TARJETA: _____

TRÁMITE GRATUITO

DATOS DEL SOLICITANTE
APELLIDO PATERNO: _____
APELLIDO MATERNO: _____
NOMBRE(S): _____
FECHA DE NACIMIENTO: / / _____
ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____
ESTADO CIVIL: RO CASADO
CURP: / / / / / / / / / / / / / /
OTRO DOCUMENTO APROBATORIO: _____
DIRECCIÓN
CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____
COLONIA: _____ C.P. _____
DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____
TELÉFONO: _____



Ordene los servicios en los que piensa utilizar su Tarjeta INAPAM en orden de prioridad usando los números del 1 al 6 siendo 1 el de mayor importancia y 6 el de menor importancia

- Alimentación Vestido y Calzado Medicamentos, Servicios de Salud
 Agua y Predial Recreación Transporte Local y Foráneo

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SI NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO _____

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SI NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI NO
¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS PADECIMIENTO NEUROLÓGICA ENFERMEDAD CANCEROSA
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENFERMEDAD DEL CORAZÓN OTRA _____
 ENFERMEDAD REUMÁTICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA



¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI O NO O ¿CUÁL? _____

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SÍ O NO O OÍDO SÍ O NO O

VISTA SÍ O NO O GUSTO SÍ O NO O

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ O NO O CUAL? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? NO SI EN DOMICILIO EN CALLE

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 0-3 4-7 MÁS DE 7 NINGUNO



Anexo D

| Departamento de Afiliación Formato de Captura Base de Datos | | | | | | | | | | | | Departamento de Afiliación Formato de Captura Base de Datos | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|------|---------------------------------|-----------|----------------|----------------|---|----|---------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------|----------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------------------------|
| PO LÍ O MOV | CLAVE ELABORAC IÓN | MÓD ULO | APELL IDO PATE | APELL IDO MATER | NOMB RE FIM | SEX O Bicent | CURP | ENTIDAD DE NACIMIE NTO | CAL LE | NU M EXT | NU M INT | COLO RIA | CP | MUNIC IPAL IA | ENTIDAD FEDERAT IVA | TELEF ONO CASA | EN CASO DE ACCIDENTE EMERGE | TELEFON O DE EMERGE | ALIMENT ACIÓN | VESTID O Y CAZA | SERV ICIOS Y MEDICIN | AGUA Y PREDI | RECRE ACIÓN | TRAMPO RTE LOCAL Y | OTR O | VIVE SERVIC IOS SANIT | VIVE CON JUBILA DO PENSO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo E

GUÍA DE LLENADO DEL FORMATO "BASE DE DATOS"

NOTA IMPORTANTE: EL LLENADO DE ESTE FORMATO SERÁ EN LETRA CALIBRI 11, COLOR NEGRO, SIN ACENTOS, SIN COMAS, SIN PUNTOS Y CON MAYÚSCULAS EN CADA UNO DE LOS CAMPOS.

1. **FOLIO DE LA TARJETA**- Capturar el folio completo de la credencial.
2. **CLAVE MOV**- Capturar el tipo de movimiento (ya sea Nuevo Registro o Reposición).
3. **FECHA DE ELABORACIÓN**- Ingresar la fecha en la cual se realizó la tarjeta.
4. **APELLIDO PATERNO**- Se captura el Apellido tal cual viene en su identificación, en caso de que la persona adulta mayor no lo tenga, se deja en blanco.
5. **APELLIDO MATERNO**- Se captura el Apellido tal cual viene en su identificación, en caso de que la persona adulta mayor no lo tenga, se deja en blanco.
6. **NOMBRE**- Capturar el Nombre (No puede quedar vacío este campo).
7. **SEXO**- Se indicará F, en caso de ser Femenino o M, en caso de ser masculino.
8. **FECHA DE NACIMIENTO**- Debe ser en formato día mes y año (separado por diagonales y sin espacios, únicamente con números ejemplo: 02/10/1952).
9. **ESTADO CIVIL**-Se pondrá una S en caso de ser soltero aplica si es: viudo, divorciado, separado, etc. O una C en caso de ser casado.
10. **CURP**- Este campo no es obligatorio (solo en caso de que la persona adulta mayor indique su CURP se captura, de lo contrario se deja en blanco).
11. **ENTIDAD DE NACIMIENTO**- Únicamente se captura el Estado sin capturar municipios.
12. **CALLE**- En Calle no deberán usarse signos como puntos, comas o comillas, únicamente se captura la palabra CALLE cuando tenga un nombre de número. Ejemplo Calle 5. En los demás casos queda prohibido agregar dicha palabra. Este campo es únicamente reservado para el nombre de la calle por lo cual no se puede agregar lote, ni manzana, mucho menos la colonia o el código postal.



13. **NUM EXT**- Se ingresara el número exterior, cuando se trate de un edificio que tenga nombre, o letra, o número o la combinación de los anteriores; se anotará en este campo.
14. **NUM INT**- Únicamente ingresar el número interior indicando números y/o letras.
15. **COLONIA**- Se ingresara la Colonia sin poner la abreviatura Col. o la palabra colonia así como el Municipio o Estado.
16. **CODIGO POSTAL**- Solo se escriben números, si el código postal inicia con 0 ingresar un apóstrofe para que se conserve el cero del inicio (' el signo se encuentra en el segundo botón de lado izquierdo del botón para borrar).
17. **MUNICIPIO**- Solo se captura el nombre del municipio, sin capturar en esta columna la Entidad a la que pertenece dicho municipio.
18. **ENTIDAD FEDERATIVA**- En este campo solo se captura la Entidad Federativa evitando abreviaturas.
19. **TELEFONO**- Se ingresa el número telefónico con clave lada guion y el número completo.

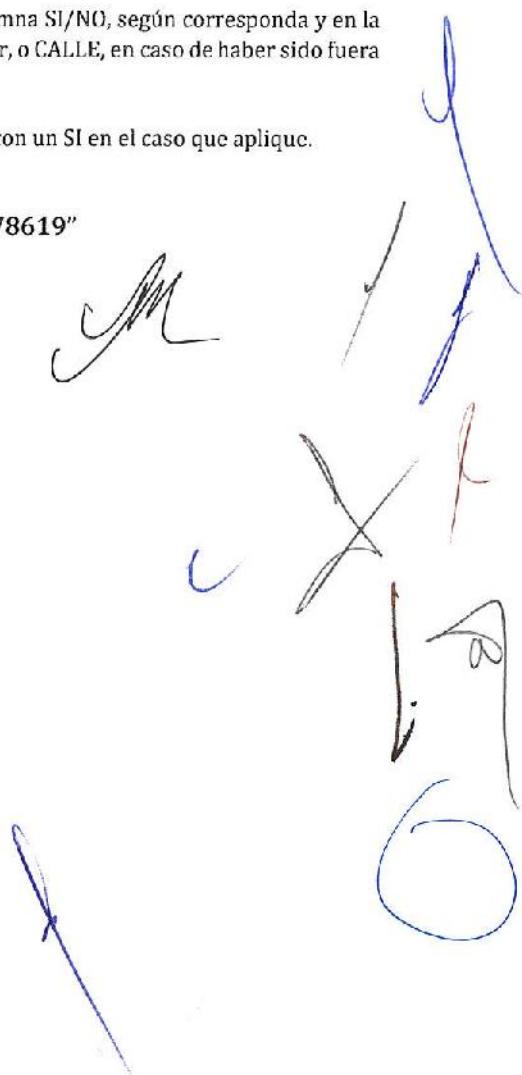
Ejemplo: 55-11078619. En caso no contar con número telefónico dejar en blanco (evitar indicar mismo domicilio, o sin teléfono).
En caso de que sea número celular deberá omitirse la clave 044 ó 045.
20. **EN CASO DE ACCIDENTE**- Se capturara el nombre de la persona responsable en caso de accidentes, se puede indicar familiares, pero no puede ir en blanco.
21. **TELEFONO EMERGENCIA**- Se ingresa el número telefónico al cual se reportara en caso de accidente: con clave lada guion y el número completo.

Ejemplo: 55-11078619. En caso no contar con número telefónico dejar en blanco (evitar indicar mismo domicilio, o sin teléfono).
En caso de que sea número celular deberá omitirse la clave 044 ó 045.
22. **ORDENE LOS SERVICIOS EN LOS QUE PIENSA UTILIZAR SU TARJETA INAPAM EN ORDEN DE PRIORIDAD USANDO LOS NUMEROS DEL 1 AL 6 SIENDO EL 1 EL DE MAYOR IMPORTANCIA Y 6 EL DE MENOR IMPORTANCIA**, únicamente se pondrá el número que la persona adulta mayor indico en la solicitud.
23. **VIVE EN**- Solo indicar con un SI en el caso que aplique, de lo contrario se deja en blanco; en la columna de otro, se capturara lo que la persona adulta mayor haya indicado.
24. **CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS**- Solo capturar la palabra SI o la palabra NO, sin ninguna otra referencia o dato.
25. **CON QUIEN VIVE**- Solo indicar con un SI en el caso que aplique, de lo contrario se deja en blanco; en la columna de otro, se capturara lo que la persona adulta mayor haya indicado.
26. **JUBILADO/ PENSIONADO** - Solo indicar SI o NO, ningún otro comentario.
27. **RECIBE ALGUNA AYUDA DEL GOBIERNO**- En la columna SI/NO indicamos únicamente SI o NO, ningún otro comentario. En la columna de CUAL solo se escribirá lo que la persona adulta mayor indique (por ejemplo: Liconsa, Diconsa, 65 y más, etc.)
28. **PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES**- Solo se indicará con un SI en el caso que aplique, de lo contrario se deja en blanco; en la columna de otro, se capturara lo que la persona adulta mayor haya indicado.
29. **PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD**- Indicar SI cuando aplique y dependiendo lo que la persona adulta mayor señale, se hará una pequeña clasificación: **MOTRIZ** (no puede caminar, no tiene alguna parte del cuerpo, entre otras) **VISUAL** (EN CASO DE CEGUERA YA SEA PARCIAL, TOTAL, O FALTA DE ALGUN OJO) **AUDITIVA** (EN CASO



30. **DE NO OIR, CONTAR CON APARATO (S), EN UN OIDO O EN AMBOS) MENTAL (ALGUN RETRASO, ALZHAIMER, DEMENCIA SENIL).**
31. **PARA CAMINAR REQUIERE DE-** Solo indicar con un SI en el caso que aplique.
32. **HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES-** Indicar en cada una con un SI o con un NO según sea el caso.
33. **REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO-** Solo anotar en la columna SI/NO, según corresponda y en la columna de CUAL indicamos que tipo de ejercicio realiza.
34. **HA SUFRIDO MAS DE DOS CAIDAS EN EL AÑO-** Solo escribir en la columna SI/NO, según corresponda y en la columna de CALLE/CASA se anota CASA en caso de haber sido en el hogar, o CALLE, en caso de haber sido fuera del domicilio.
35. **CUANTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DIA-** Solo indicar con un SI en el caso que aplique.

"CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN COMUNICARSE AL 01 55-11078619"



Handwritten signature in blue ink, followed by a blue checkmark. Below the signature is a red 'X' and a blue '6'. To the right of the '6' is a blue '1' and a blue '2'.

Anexo F

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESTATALES

DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN

INFORME MENSUAL CONCENTRADO DE TARJETA INAPAN (CARTÓN)
DURANTE EL MES DE DE 2013

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL
DE PROTECCIÓN AL MEDIO AMBIENTAL

SEDESOL
ESTADO UNIDOS
ESTADOS UNIDOS
ESTADOS UNIDOS

100

INAPAN
INSTITUT NATIONAL
DES APPRENTIS

ENTIDAD FEDERATIVA

FECHA DE ELABORACIÓN

28 | June | 2013

DIÁ MES AÑO

Anexo G

SEDESOL



**DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESTATALES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN**

METAS 2013

 INAPAM
INSTITUTO NACIONAL
DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

| PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | PRIMER SEMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | META ANUAL |
|---------------------|----------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------|
| 363,000 | 363,000 | 726,000 | 242,000 | 242,000 | 484,000 | 1,210,000 |

Anexo H

| ENTIDAD | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | META ANUAL |
|---------------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|---------|-----------|-----------|------------|
| Aguascalientes | 1,288 | 1,288 | 1,288 | 1,288 | 1,288 | 1,288 | 858 | 858 | 858 | 858 | 858 | 858 | 12,876 |
| Baja California | 3,944 | 3,944 | 3,944 | 3,944 | 3,944 | 3,944 | 2,629 | 2,629 | 2,629 | 2,629 | 2,629 | 2,629 | 39,438 |
| Baja California Sur | 693 | 693 | 693 | 693 | 693 | 693 | 462 | 462 | 462 | 462 | 462 | 462 | 6,930 |
| Campeche | 787 | 787 | 787 | 787 | 787 | 787 | 525 | 525 | 525 | 525 | 525 | 525 | 7,872 |
| Coahuila | 2,938 | 2,938 | 2,938 | 2,938 | 2,938 | 2,938 | 1,959 | 1,959 | 1,959 | 1,959 | 1,959 | 1,959 | 29,382 |
| Colima | 931 | 931 | 931 | 931 | 931 | 931 | 621 | 621 | 621 | 621 | 621 | 621 | 9,312 |
| Chiapas | 1,824 | 1,824 | 1,824 | 1,824 | 1,824 | 1,824 | 1,216 | 1,216 | 1,216 | 1,216 | 1,216 | 1,216 | 18,240 |
| Chihuahua | 4,267 | 4,267 | 4,267 | 4,267 | 4,267 | 4,267 | 2,845 | 2,845 | 2,845 | 2,845 | 2,845 | 2,845 | 42,672 |
| Distrito Federal | 18,727 | 18,727 | 18,727 | 18,727 | 18,727 | 18,727 | 12,487 | 12,487 | 12,487 | 12,487 | 12,487 | 12,487 | 187,202 |
| Durango | 2,336 | 2,336 | 2,336 | 2,336 | 2,336 | 2,336 | 1,557 | 1,557 | 1,557 | 1,557 | 1,557 | 1,557 | 23,358 |
| Guanajuato | 5,416 | 5,416 | 5,416 | 5,416 | 5,416 | 5,416 | 3,611 | 3,611 | 3,611 | 3,611 | 3,611 | 3,611 | 54,162 |
| Guerrero | 2,954 | 2,954 | 2,954 | 2,954 | 2,954 | 2,954 | 1,969 | 1,969 | 1,969 | 1,969 | 1,969 | 1,969 | 29,538 |
| Hidalgo | 2,824 | 2,824 | 2,824 | 2,824 | 2,824 | 2,824 | 1,882 | 1,882 | 1,882 | 1,882 | 1,882 | 1,882 | 28,236 |
| Jalisco | 5,649 | 5,649 | 5,649 | 5,649 | 5,649 | 5,649 | 3,766 | 3,766 | 3,766 | 3,766 | 3,766 | 3,766 | 58,490 |
| Méjico | 11,214 | 11,214 | 11,214 | 11,214 | 11,214 | 11,214 | 7,476 | 7,476 | 7,476 | 7,476 | 7,476 | 7,476 | 112,140 |
| Michoacán | 4,867 | 4,867 | 4,867 | 4,867 | 4,867 | 4,867 | 3,244 | 3,244 | 3,244 | 3,244 | 3,244 | 3,244 | 48,666 |
| Morelos | 2,373 | 2,373 | 2,373 | 2,373 | 2,373 | 2,373 | 1,582 | 1,582 | 1,582 | 1,582 | 1,582 | 1,582 | 23,730 |
| Nayarit | 2,094 | 2,094 | 2,094 | 2,094 | 2,094 | 2,094 | 1,396 | 1,396 | 1,396 | 1,396 | 1,396 | 1,396 | 20,940 |
| Nuevo León | 3,429 | 3,429 | 3,429 | 3,429 | 3,429 | 3,429 | 2,286 | 2,286 | 2,286 | 2,286 | 2,286 | 2,286 | 34,290 |
| Oaxaca | 3,652 | 3,652 | 3,652 | 3,652 | 3,652 | 3,652 | 2,435 | 2,435 | 2,435 | 2,435 | 2,435 | 2,435 | 36,522 |
| Puebla | 6,987 | 6,987 | 6,987 | 6,987 | 6,987 | 6,987 | 4,658 | 4,658 | 4,658 | 4,658 | 4,658 | 4,658 | 69,870 |
| Querétaro | 1,945 | 1,945 | 1,945 | 1,945 | 1,945 | 1,945 | 1,297 | 1,297 | 1,297 | 1,297 | 1,297 | 1,297 | 19,452 |
| Quintana Roo | 980 | 980 | 980 | 980 | 980 | 980 | 653 | 653 | 653 | 653 | 653 | 653 | 9,738 |
| San Luis Potosí | 4,279 | 4,279 | 4,279 | 4,279 | 4,279 | 4,279 | 2,853 | 2,853 | 2,853 | 2,853 | 2,853 | 2,853 | 42,792 |
| Sinaloa | 2,908 | 2,908 | 2,908 | 2,908 | 2,908 | 2,908 | 1,939 | 1,939 | 1,939 | 1,939 | 1,939 | 1,939 | 29,082 |
| Sonora | 2,654 | 2,654 | 2,654 | 2,654 | 2,654 | 2,654 | 1,769 | 1,769 | 1,769 | 1,769 | 1,769 | 1,769 | 26,538 |
| Tabasco | 1,126 | 1,126 | 1,126 | 1,126 | 1,126 | 1,126 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 11,256 |
| Tamaulipas | 4,821 | 4,821 | 4,821 | 4,821 | 4,821 | 4,821 | 3,214 | 3,214 | 3,214 | 3,214 | 3,214 | 3,214 | 48,210 |
| Tlaxcala | 1,058 | 1,058 | 1,058 | 1,058 | 1,058 | 1,058 | 705 | 705 | 705 | 705 | 705 | 705 | 10,578 |
| Veracruz | 8,381 | 8,381 | 8,381 | 8,381 | 8,381 | 8,381 | 5,587 | 5,587 | 5,587 | 5,587 | 5,587 | 5,587 | 83,808 |
| Yucatán | 1,961 | 1,961 | 1,961 | 1,961 | 1,961 | 1,961 | 1,307 | 1,307 | 1,307 | 1,307 | 1,307 | 1,307 | 19,608 |
| Zacatecas | 1,693 | 1,693 | 1,693 | 1,693 | 1,693 | 1,693 | 1,129 | 1,129 | 1,129 | 1,129 | 1,129 | 1,129 | 16,932 |
| | | | | | | | | | | | | | 1210,000 |