

Anexo I. Solicitud Única de Apoyo

SOLICITUD ÚNICA DE APOYO
PROGRAMA CONVENIDO PARA LA REACTIVACION RURAL



SECRETARÍA DEL
CAMPO
ESTADO DE ZACATECAS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Persona

Física Moral

*Nombre(s) ó Razón Social: _____
 *Primer apellido: _____ *Segundo Apellido: _____
 *CURP: _____ *RFC con homoclave: _____
 *Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DOMICILIO DEL SOLICITANTE

*Localidad: (_____) Calle: _____ Tipo de vialidad (_____) No. _____
 *Colonia: _____ *Tipo de Asentamiento (_____) *municipio: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (Llenar en caso de personas morales)

*Nombre(s): _____
 *Primer apellido: _____ *Segundo Apellido: _____
 *CURP: _____ RFC con homoclave: _____ *Telefono _____
 *Campos obligatorios.

2. NOMBRE DEL PROYECTO:

DOMICILIO DEL PROYECTO: _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: _____

RFC ORGANIZACIÓN

Calle y No. _____ CP _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

ESTADO: _____ LADA: _____ TEL: _____

3. PROGRAMAS DE APOYO SOLICITADOS:

Denominación Programa: _____

Tipo de apoyo: _____ Característica de apoyo: _____ Periodicidad: _____

Tipo de apoyo: _____ Característica de apoyo: _____ Periodicidad: _____

Tipo de apoyo: _____ Característica de apoyo: _____ Periodicidad: _____

Inversión Total: \$ _____ Apoyo Gubernamental: \$ _____ Aportación Solicitante: \$ _____

4. RELACIÓN DE DOCUMENTOS ENTREGADOS

TODOS LOS SOLICITANTES

SOLICITUD
 CÉDULA SIPAB
 CURP REPRESENTANTES Y SOCIOS
 IDENTIFICACIÓN OFICIAL
 COMPROBANTE DE DOMICILIO
 DOCUMENTOS DE PROPIEDAD
 COTIZACIÓN (ES)

DOCUMENTOS PARA ORGANIZACIONES

IDENTIF. OF. DE AUTORIDADES Y SOCIOS
 CEDULA FISCAL (RFC)
 ACTA CONSTITUTIVA ACTUALIZADA
 COMPROBANTE DE DOMICILIO FISCAL REP. Y SOCIOS

5. PERMISOS (DESCRIBIR):

Con fundamento en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo autorizo la recepción de notificaciones relacionadas con la presente solicitud a través de la página electrónica de la Secretaría (<http://secampo.zacatecas.gob.mx/oficial/>)

C. Secretario de la Secretaría del Campo: Me permito solicitar a usted los apoyos de los programas que se indican, para lo cual proporciono la información y documentos requeridos. Manifiesto que los datos son verídicos y me comprometo a cumplir con los ordenamientos establecidos en las Reglas de Operación y lineamientos del Programa, así como de toda la legislación aplicable.

Atentamente

Funcionario de SECAMPO

Nombre y Firma (o Huella Digital) del Solicitante

Nombre y Firma

6. OBSERVACIONES

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

CEDULA DE DATOS



SECRETARÍA DEL
CAMPO
ESTADO DE ZACATECAS

Plataforma COEPLA: Sistema de Padrón Único de Beneficiarios (SIPAB)

1. DATOS DEL SOLICITANTE

FECHA:

Día	Mes	Año	

Nombre(s): _____

1Primer Apellido _____

1Segundo Apellido: _____

1CURP: _____

2R.F.C. con homoclave: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Nivel de Estudios:

Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Técnica
 Licenciatura

Tipo de Seguridad Social:

IMSS
 ISSSTE
 Seguro Popular
 Ninguno

Jefe de Familia: SI NO

Estado Civil:

Soltero
 Casado
 Divorciado
 Viudo
 Unión Libre

Ingreso Mensual (veces el salario mínimo):

1 VSM
 2 VSM
 3 VSM
 VSM
 5 ó mas VSM

DOMICILIO DEL SOLICITANTE

Localidad: _____

Municipio: _____

Estado: _____

Tipo de asentamiento humano:

colonia
 ejido
 fraccionamiento
 hacienda
 manzana
 ranchería
 otro(especifique)

Nombre del Asentamiento humano: _____

Tipo de vialidad:

Avenida
 Boulevard
 Calle
 Callejón
 Calzada
 Periférico

Nombre Vialidad: _____

Núm Exterior 1: _____

Núm Exterior 2: _____

Número Interior: _____

Código Postal: _____

Referencia 1 (entre vialidades): _____

Referencia 2 (vialidad posterior): _____

Referencia 3 (descripción de ubicación): _____

2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y/O GRUPO:

No. De Integrantes en la familia: _____

No. Dependientes Económicos: _____

No. Habitantes en la vivienda: _____

CATEGORIAS	JOVENES	ADULTOS	ADULTOS MAYORES	PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES	INDIGENAS
MUJERES					
HOMBRES					
TOTAL					

Vivienda:

Propia
 Rentada
 Prestada

Servicios: Agua Si () No ()
 Electricidad: Si () No ()
 Drenaje: Si () No ()
 Gas: Si () No ()
 Telefono: Si () No ()
 Internet: Si () No ()

3. COMPROMISOS (En caso de ser aprobada mi solicitud):

Me Comprometo a:

1. Si me fuera requerido y sin faltar a la verdad, proporcionar, datos personales relativos a nombre, edad, sexo, domicilio, situación socioeconómica, grado máximo de estudio, número de dependientes económicos y, en la medida de lo posible, fecha, lugar de nacimiento y CURP.
2. Participar con la información relativa al ejercicio de lo otorgado.
3. Utilizar el apoyo recibido únicamente para los fines del programa.

Atentamente

Nombre y Firma (o huella digital) del solicitante

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"



CARTA COMPROMISO

YO C. _____, BENEFICIARIO DEL "PROGRAMA AGRICOLA INTEGRAL, SOLIDO E INCLUSIVO EJERCICIO 2022",
CON EL COMPROMISO Y RESPONSABILIDAD PLENA, AUTORIZO QUE EL MONTO DEL APOYO QUE ME FUE OTORGADO SEA DEPOSITADO
DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR DE MI ELECCIÓN

COMPONENTE: _____

CARACTERÍSTICA DEL APOYO: _____

CONCEPTOS ADQUIRIDOS

CONCEPTOS : _____ No. DE FOLIO: _____

DATOS DEL PRODUCTOR BENEFICIARIO

NOMBRE:
Nombre (s) Apellido_Paterno Apellido_Materno

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

DATOS DEL PROVEEDOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

AUTORIZO DE FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA EL DEPÓSITO DEL APOYO POR LA CANTIDAD DE \$ _____

CANTIDAD CON LETRA

LUGAR Y FECHA

SE FIRMA LA PRESENTE EN _____ EL DÍA: _____ DEL MES DE _____ DEL 2022
LUGAR

PRODUCTOR BENEFICIARIO

NOMBRE Y FIRMA



RECIBO DE ENTREGA - RECEPCIÓN

CULTIVO _____ CICLO AGRÍCOLA _____ AÑO _____

Lugar y Fecha:

En la Localidad de _____ perteneciente al Municipio de _____
Estado de Zacatecas siendo las: _____ horas del día _____ del mes de _____ de 20 _____

Participantes:

El C. _____ en carácter de beneficiario(a),
quien acredita ser receptor de los apoyos recibidos a través del Programa Agrícola Integral, Sólido e Inclusivo
mismos que le fueron otorgados según autorización de la Secretaría del Campo del Gobierno del Estado de Zacatecas,
lo cual ha quedado registrado y autorizado con fecha: _____
Así como el C. _____ en su calidad de
Representante de la Secretaría del Campo del Gobierno del Estado de Zacatecas.

HACER CONSTAR:

La recepción a la entera satisfacción por el beneficiario, de los bienes y/o servicios los cuales se describen a continuación:

Concepto _____
Monto de Apoyo _____ Aportación Productor _____

Cierre del Recibo

Las partes se sujetarán a las Reglas de Operación del Programa.

Una vez que fue leída la presente, siendo las _____ se firma para constancia

RECIBE

REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA DEL CAMPO

(Nombre, Cargo y firma)

(Nombre, Cargo y firma)

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

FORMULARIO COMPLEMENTARIO

1. Datos Generales:

CURP		Nombre(s)	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha Nacimiento		Estado de Nacimiento	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)		
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

2. Georeferenciación

Municipio					Localidad	
Catálogo Tipo de Asentamiento (marca la que corresponda)						
<input type="checkbox"/> Unidad habitacional	<input type="checkbox"/> Ampliación	<input type="checkbox"/> Barrio	<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Colonia		
<input type="checkbox"/> Conjunto habitacional	<input type="checkbox"/> Condominio	<input type="checkbox"/> Hacienda	<input type="checkbox"/> Ejido	<input type="checkbox"/> Privada		
<input type="checkbox"/> Parque industrial	<input type="checkbox"/> Villa	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Pueblo	<input type="checkbox"/> Rancho		
<input type="checkbox"/> Fraccionamiento	<input type="checkbox"/> Ranchería	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Rinconada	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Nombre Asentamiento			Código Postal			
Catálogo tipo de vialidades						
Ampliación	Andador	Avenida	Boulevard	Calle		
Callejón	Calzada	Cerrada	Circuito	Corredor		
Periférico	Privada	Prolongación	Viaducto	Ninguno		
Carretera	Brecha	Camino	Terracería	Vereda		
Nombre de Vialidad			Tipo Vialidad			
Núm. Exterior			Núm. Interior			
Referencias						
R1 (lateral izquierda)				Tipo Vialidad R1		
R2 (lateral derecha)				Tipo Vialidad R2		
R3 (vialidad posterior)				Tipo Vialidad R3		
Teléfono de contacto						

3. Estudio Socioeconómico

Jefe de familia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Integrantes de familia	
Ocupación	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Diversos	<input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Campo	<input type="checkbox"/> Profesiones varias <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Oficios varios	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Obrero
Ingreso Mensual	Número de Dependientes Económicos			
Vivienda	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Prestada	
Número de habitantes en la vivienda				
Servicios Básicos de la Vivienda				
Electricidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Agua potable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Drenaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Teléfono	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Internet	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Carrera técnica	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado
Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> INSABI	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX	<input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Otro	
Servicios Básicos de la Vivienda				
Electricidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Agua potable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Drenaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Teléfono	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Internet	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Carrera técnica	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Posgrado
Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> INSABI	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX	<input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Otro	
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar o comunicarse	<input type="checkbox"/> Limitación mental <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar o moverse	<input type="checkbox"/> Dificultad para ver <input type="checkbox"/> Dificultad para atender el cuidado personal	<input type="checkbox"/> Dificultad para oír <input type="checkbox"/> Dificultad para aprender
Grupo vulnerable	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Persona enviada por la Comisión Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas de Violencia en el Estado <input type="checkbox"/> Usuaria del Centro de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia <input type="checkbox"/> Migrante (Deportado o Repatriado) <input type="checkbox"/> Persona con alguna discapacidad <input type="checkbox"/> Persona que pertenezca o se asuma con una identidad étnica con basa en su cultura			
			<input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Adulto mayor <input type="checkbox"/> Jefa de familia	

4. Información Escolar

Este programa aplica solamente para alumnos de educación media superior

Grado 1 Semestre 2 Semestre 3 Semestre 4 Semestre 5 Semestre 6 Semestre

Datos de la Escuela

Nombre _____

Municipio _____

Localidad _____

Autorizo el tratamiento de mis datos personales sensibles y/o biométricos recabados por la Secretaría del Campo, única y exclusivamente, para la finalidad establecida en el Aviso de Privacidad Simplificado de la Dirección que recaba mis datos.

FIRMA