



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021
Ciudad de México, a 09 de marzo de 2021

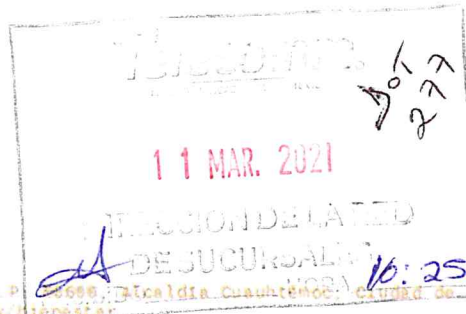
María del Carmen Moncada Soto

Subdirectora de la Comercial de la Red de Sucursales TELECOMM
Presente.

Hago mención a la Pensión para el **Bienestar de las Personas Adultas Mayores** y **Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad**, ambas adscritas a la Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios de la Secretaría de Bienestar, las cuales tienen como objetivo contribuir al Bienestar de la población a través del otorgamiento de una pensión no contributiva.

Por lo anterior, hago de su conocimiento, los **Formatos de medio de cobro de las Pensiones para el Bienestar**, con los cuales las y los Derechohabientes, Representantes, Auxiliares o Responsables de las y los Derechohabientes podrán acudir a las sedes de pago, a realizar el cobro del apoyo emitido en el Operativo de Bienestar de los **bimestres marzo-abril mayo-junio (del 15 de marzo al 03 de abril de 2021)**, siendo los siguientes:

AM	PCD
1. Planilla de Etiquetas de Seguridad para la Entrega de Apoyos	1. Planilla de Etiquetas de Seguridad para la Entrega de Apoyos
2. Orden de Pago	2. Orden de Pago
3. Orden de Pago_Temporal	3. Orden de Pago_Temporal
4. Orden de Pago_Pago de Marcha	4. Orden de Pago_Pago de Marcha
5. Orden de Pago_Reexpedición_1	5. Orden de Pago_Reexpedición_1



Paseo de la Reforma No. 116, Col. Juárez, C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México Tel: (55) 5328 5668 www.gob.mx/bienestar





Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021



Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores

AM

BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR

PLANILLA DE ETIQUETAS DE SEGURIDAD PARA ENTREGA DE APOYOS

ID Único:
ID Padrón:
Nombre:
Estado:
Región:
Municipio:
Localidad:

Folio del formato:

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

BIENESTAR





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

AM

2. Orden de Pago

GOBIERNO DE MÉXICO

BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

FOLIO

ORDEN DE PAGO

RECIBO DERECHOHABIENTE
ENERO - FEBRERO

☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ VENTANILLA

FECHA: HORA: SEDE:

NÚMERO DE TRANSFERENCIA: ID:

NOMBRE:

PATERNO:

MATERNO:

PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES

GOBIERNO DE MÉXICO

BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

FOLIO

☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ VENTANILLA

FECHA: HORA: SEDE:

DERECHOHABIENTE

ID: NOMBRE: PATERNO: MATERNO:

NÚMERO DE TRANSFERENCIA: MONTO:

BIMESTRE DE PAGO: SUCURSAL:

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

NOMBRE: PATERNO: MATERNO:

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE:

GOBIERNO DE MÉXICO

BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

FOLIO

☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ VENTANILLA

FECHA: HORA: SEDE:

DERECHOHABIENTE

ID: NOMBRE: PATERNO: MATERNO:

PRECATORIO: MUNICIPIO: LOCALIDAD:

COLUMNA: CALLE: EXT: INT: LOTE: CP: TELÉFONO:

NÚMERO DE TRANSFERENCIA: MONTO:

BIMESTRE DE PAGO: SUCURSAL:

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

NOMBRE: PATERNO: MATERNO:

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE:

LUGAR DE ENTREGA: ☐ MESA DE ATENCIÓN ☐ MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO ☐ VENTANILLA ☐ CENTRO INTEGRADOR ☐ DELEGACIÓN ☐ VISITA DOMICILIARIA

QUIEN ENTREGÓ: ☐ DELEGADO ☐ SUBDELEGADO ☐ COORDINADOR ☐ PROMOTOR ☐ PERSONAL DE BIENESTAR

ID: NOMBRE: PATERNO: MATERNO:

Esta prohibida la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido.
"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al programado y al desarrollo social"





BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

AM

3. Orden de Pago_Temporal

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR TEMPORAL

ORDEN DE PAGO

RECIBO DERECHOHABIENTE ENERO - FEBRERO

PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES

DERECHOHABIENTE

LIQUIDADORA ENERO - FEBRERO

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

BIENESTAR ENERO - FEBRERO

DERECHOHABIENTE

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

LUGAR DE ENTREGA

QUIEN ENTREGA

ID

Esta prohibida la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido.
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al programa y al desarrollo social.





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

AM

4. Orden de Pago_Pago de Marcha

GOBIERNO DE MÉXICO		BIENESTAR		PAGO DE MARCHA		FOLIO	
 <p>ORDEN DE PAGO</p>		<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN		<input type="radio"/> VENTANILLA			
		FECHA		HORA		SEDE	
<p>RECIBO DERECHOHABIENTE ENERO - FEBRERO</p> <p>PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES</p>		NÚMERO DE TRANSFERENCIA					
		NOMBRE					
		PATERNO					
		MATRNO					
<p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>BIENESTAR</p>		PAGO DE MARCHA		FOLIO			
<p>LIQUIDADORA ENERO - FEBRERO</p>		<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN		<input type="radio"/> VENTANILLA		FECHA	
		FECHA		HORA		SEDE	
		DERECHOHABIENTE		NOMBRE		PATERNO	
		MATRNO					
NÚMERO DE TRANSFERENCIA		MONTA					
BIMESTRE DE PAGO		CONCLUSA					
AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE		NOMBRE		PATERNO		MATRNO	
						FIRMA DEL DERECHOHABIENTE	
<p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>BIENESTAR</p>		PAGO DE MARCHA		FOLIO			
<p>BIENESTAR ENERO - FEBRERO</p>		<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN		<input type="radio"/> VENTANILLA		FECHA	
		FECHA		HORA		SEDE	
		DERECHOHABIENTE		NOMBRE		PATERNO	
		MATRNO					
ESTADO		MUNICIPIO		LOCALIDAD			
COLUMA		CALLE		EXT		RINT	
NÚMERO DE TRANSFERENCIA		MONTA					
BIMESTRE DE PAGO		CONCLUSA					
AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE		NOMBRE		PATERNO		MATRNO	
						FIRMA DEL DERECHOHABIENTE	
LUGAR DE ENTREGA		MESA DE ATENCIÓN		MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO		VENTANILLA	
CENTRO INTEGRADOR		DELEGACIÓN		VISITA DOMICILIARIA			
QUIEN ENTREGA		DELEGADO		SUBDELEGADO		COORDINADOR	
PROMOTOR		PERSONAL DE BIENESTAR					
ID		NOMBRE		PATERNO		MATRNO	
						FIRMA	

Paseo de la Reforma No. 116, Col. Juárez, C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México Tel: (55) 5328 5888 www.gob.mx/bienestar





Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021



Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente

PCD

1. Planilla de Etiquetas de Seguridad para la Entrega de Apoyos

BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR

PLANILLA DE ETIQUETAS DE SEGURIDAD PARA ENTREGA DE APOYOS

ID Único:
ID Padrón:
Nombre:
Estado:
Región:
Municipio:
Localidad:

Folio del formato:

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





Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

PCD

2. Orden de Pago

**GOBIERNO DE
MÉXICO**

BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

FOLIO

RECIBO DERECHOHABIENTE

ENERO - FEBRERO

ORDEN DE PAGO

☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ VENTANILLA

FECHA
 HORA
 SEDE

NÚMERO DE TRANSFERENCIA
 ID

NOMBRE

PATERNO

MATERNO

**PENSIÓN PARA EL BIENESTAR
DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**GOBIERNO DE
MÉXICO**

BIENESTAR

FOLIO

LIQUIDADORA

ENERO - FEBRERO

☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ VENTANILLA

FECHA
 HORA
 SEDE

☐ DERECHOHABIENTE
 ☐ AUXILIAR DERECHOHABIENTE

ID
 NOMBRE
 PATERNO
 MATERNO

NÚMERO DE TRANSFERENCIA
 MONTO

BÍMESE DE PAGO
 RECURSAL

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

NOMBRE
 PATERNO
 MATERNO

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE

**GOBIERNO DE
MÉXICO**

BIENESTAR

FOLIO

BIENESTAR

ENERO - FEBRERO

☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ VENTANILLA

FECHA
 HORA
 SEDE

☐ DERECHOHABIENTE
 ☐ AUXILIAR DERECHOHABIENTE

ID
 NOMBRE
 PATERNO
 MATERNO

ENTIDAD
 REGIÓN
 MUNICIPIO
 LOCALIDAD

CALLE
 EXT.
 INT.
 M2
 LOTE
 CP
 TELÉFONO

NÚMERO DE TRANSFERENCIA
 MONTO

BÍMESE DE PAGO
 RECURSAL

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

NOMBRE
 PATERNO
 MATERNO

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE

LUGAR DE ENTREGA
 ☐ MESA DE ATENCIÓN
 ☐ MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO
 ☐ VENTANILLA
 ☐ CENTRO INTEGRADOR
 ☐ DELEGACIÓN
 ☐ VISITA DOMICILIARIA

QUIÉN ENTREGÓ
 ☐ DELEGADO
 ☐ SUBDELEGADO
 ☐ COORDINADOR
 ☐ PROMOTOR
 ☐ PERSONAL DE BIENESTAR

ID
 NOMBRE
 PATERNO
 MATERNO

Esta prohíbe la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido.
 Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.





Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

PCD

3. Orden de Pago_Temporal

RECIBO DERECHOAHABIENTE ENERO - FEBRERO	GOBIERNO DE MÉXICO BENEFICIO		TEMPORAL		FOLIO	
	ORDEN DE PAGO		<input type="radio"/> MESA DE ATENCION <input type="radio"/> VENTANILLA			
			FECHA		HORA	SEDE
	PENSION PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD		AUMENTO DE JUBILACION		ID	
			NOMBRE			
			PATRINO			
		MATERINO				

LIQUIDADORA ENERO - FEBRERO	GOBIERNO DE MÉXICO BENEFICIO		TEMPORAL		FOLIO	
	<input type="radio"/> MESA DE ATENCION <input type="radio"/> VENTANILLA		FECHA		HORA	SEDE
	DERECHOAHABIENTE		AUXILIAR DERECHOAHABIENTE			
	ID	NOMBRE	PATRINO	MATERINO		
	NUMERO DE TRANSFERENCIA	CANTIDAD	FIRMA DEL DERECHOAHABIENTE			
	BIMESTRE DE PAGO	SUCURSAL				
	AUXILIAR DEL DERECHOAHABIENTE					
	NUMERO	MATERINO				

BENEFICIO ENERO - FEBRERO	GOBIERNO DE MÉXICO BENEFICIO		TEMPORAL		FOLIO	
	<input type="radio"/> MESA DE ATENCION <input type="radio"/> VENTANILLA		FECHA		HORA	SEDE
	DERECHOAHABIENTE		AUXILIAR DERECHOAHABIENTE			
	ID	NOMBRE	PATRINO	MATERINO		
	ENTIDAD	DISTRITO	MUNICIPIO	CASCADILLA		
	COLONIA	CALLE	EXT.	INT.	MZ.	LOTE
	CD.	TELÉFONO				
	NUMERO DE TRANSFERENCIA	CANTIDAD	FIRMA DEL DERECHOAHABIENTE			
	BIMESTRE DE PAGO	SUCURSAL				
	AUXILIAR DEL DERECHOAHABIENTE					
	NUMERO	MATERINO				

LUGAR DE ENTREGA		<input type="radio"/> MESA DE ATENCION	<input type="radio"/> MESA DE ATENCION EN EVENTO	<input type="radio"/> VENTANILLA	<input type="radio"/> CENTRO INTEGRADOR	<input type="radio"/> DELEGACION	<input type="radio"/> VISTA DOMICILIARIA
QUIEN ENTREGÓ	<input type="radio"/> DELEGADO	<input type="radio"/> SUBDELEGADO	<input type="radio"/> COORDINADOR	<input type="radio"/> PROMOTOR	<input type="radio"/> PERSONAL DE BIENESTAR		
ID	NOMBRE	PATRINO	MATERINO				

Esta prohibida la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido.
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.





BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

PCD

4. Orden de Pago_Pago de Marcha

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR		PAGO DE MARCHA	
ORDEN DE PAGO  PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD		<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> VENTANILLA FECHA: _____ HORA: _____ SEDE: _____ NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ ID: _____ NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____	
RECIBO DERECHOHABIENTE ENERO - FEBRERO			
LIQUIDADORA ENERO - FEBRERO		PAGO DE MARCHA	
<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> VENTANILLA <input type="radio"/> DERECHOHABIENTE <input type="radio"/> AUXILIAR DERECHOHABIENTE ID: _____ NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____ NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ MONTO: _____ Bimestre de pago: _____ SUCURSAL: _____ AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____ FIRMA DEL DERECHOHABIENTE: _____			
BIENESTAR ENERO - FEBRERO		PAGO DE MARCHA	
<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> VENTANILLA <input type="radio"/> DERECHOHABIENTE <input type="radio"/> AUXILIAR DERECHOHABIENTE ID: _____ NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____ ENTIDAD: _____ REGIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ COLONIA: _____ CALLE: _____ PUEBLO: _____ BARRIO: _____ LOTE: _____ C/P: _____ NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ MONTO: _____ Bimestre de pago: _____ SUCURSAL: _____ AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____ FIRMA DEL DERECHOHABIENTE: _____ LUGAR DE ENTREGA: <input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN EN VENTA <input type="radio"/> VENTANILLA <input type="radio"/> CENTRO INTEGRACIÓN <input type="radio"/> DELEGACIÓN <input type="radio"/> VISTA DOMICILIARIA QUIEN ENTREGÓ: <input type="radio"/> DELEGADO <input type="radio"/> SUBDELEGADO <input type="radio"/> COORDINADOR <input type="radio"/> PROMOTOR <input type="radio"/> PERSONAL DE BIENESTAR ID: _____ NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____ FIRMA: _____			

Paseo de la Reforma No. 118, Col. Juárez, C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México Tel: (55) 5328 5988 www.gob.mx/bienestar





Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

Para el universo de las y los Derechohabientes que tienen emisión de reexpedición (enero-febrero 2021), podrán acudir a las sedes de pago para el cobro del total de los apoyos emitidos y proyectados en los listados de liquidación presentando la Orden de Pago_Reexpedición_1 (Formato de Orden de Pago, más nota de reexpedición). En caso de cobrar reexpedición con planilla se desprenderá la etiqueta 8 y no será necesaria la orden de pago.

AM

5. Orden de Pago_Reexpedición_1

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR REEXPEDICIÓN

ORDEN DE PAGO

RECIBO DERECHOHABIENTE ENERO - FEBRERO

PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES

MESA DE ATENCIÓN **VENTANILLA**

FECHA: _____ HORA: _____ SEDE: _____

NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____

NOMBRE: _____

PATERNO: _____

MATERNO: _____

LIQUIDADORA ENERO - FEBRERO

DERECHOHABIENTE

FECHA: _____ HORA: _____ SEDE: _____

NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ MONTO: _____

SEMESTRE DE PAGO: _____ SUBCURSAL: _____

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE: _____

BIENESTAR ENERO - FEBRERO

REEXPEDICIÓN

MESA DE ATENCIÓN **VENTANILLA**

FECHA: _____ HORA: _____ SEDE: _____

DERECHOHABIENTE

NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

CALLE: _____ EXT: _____ INT: _____ COTE: _____ CP: _____ TELÉFONO: _____

NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ MONTO: _____

SEMESTRE DE PAGO: _____ SUBCURSAL: _____

AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE

NOMBRE: _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE: _____

LUGAR DE ENTREGA **MESA DE ATENCIÓN** **MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO** **VENTANILLA** **CENTRO INTEGRADOR** **DELEGACIÓN** **VISTA DOMICILIARIA**

QUÉN ENTREGA **DELEGADO** **SUBDELEGADO** **COORDINADOR** **PROMOTOR** **PERSONAL DE BIENESTAR**

ID: _____

Esta prohibida la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido.
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al programa y al desarrollo social.





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

PCD

5. Orden de Pago_Reexpedición_1

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR REEXPEDICIÓN		FOLIO	
<p>ORDEN DE PAGO</p> <p>RECIBO DERECHOHABIENTE ENERO - FEBRERO</p> <p>PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p>			
<input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> VENTANILLA		FECHA: _____ HORA: _____ SEDE: _____	
NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____		ID: _____	
NOMBRE: _____		PATRNO: _____	
MATRNO: _____		MATRNO: _____	
<p>LIQUIDADORA ENERO - FEBRERO</p> <p><input type="radio"/> DERECHOHABIENTE <input type="radio"/> AUXILIAR DERECHOHABIENTE</p> <p>ID: _____ NOMBRE: _____ PATRNO: _____ MATRNO: _____</p> <p>NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ MONTO: _____</p> <p>BIMESTRE DE PAGO: _____ SUCURSAL: _____</p> <p>AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE: _____ FIRMA DEL DERECHOHABIENTE: _____</p> <p>NOMBRE: _____ PATRNO: _____ MATRNO: _____</p>			
<p>BIENESTAR ENERO - FEBRERO</p> <p><input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> VENTANILLA</p> <p><input type="radio"/> DERECHOHABIENTE <input type="radio"/> AUXILIAR DERECHOHABIENTE</p> <p>ID: _____ NOMBRE: _____ PATRNO: _____ MATRNO: _____</p> <p>ENTIDAD: _____ DELEGACIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____</p> <p>COLONIA: _____ CALLE: _____ EXT: _____ INT: _____ MZ: _____ LOTE: _____ CP: _____ TELÉFONO: _____</p> <p>NÚMERO DE TRANSFERENCIA: _____ MONTO: _____</p> <p>BIMESTRE DE PAGO: _____ SUCURSAL: _____</p> <p>AUXILIAR DEL DERECHOHABIENTE: _____ FIRMA DEL DERECHOHABIENTE: _____</p> <p>NOMBRE: _____ PATRNO: _____ MATRNO: _____</p> <p>LUGAR DE ENTREGA: <input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO <input type="radio"/> VENTANILLA <input type="radio"/> CENTRO INTEGRADOR <input type="radio"/> DELEGACIÓN <input type="radio"/> VISITA DOMICILIARIA</p> <p>QUIEN ENTREGA: <input type="radio"/> DELGADO <input type="radio"/> SUBDELEGADO <input type="radio"/> COORDINADOR <input type="radio"/> PROMOTOR <input type="radio"/> PERSONAL DE BIENESTAR</p> <p>ID: _____ NOMBRE: _____ PATRNO: _____ MATRNO: _____</p> <p><small>Esta promesa la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido. Para programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa</small></p>			





Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

Aunado a lo anterior, envío los Formatos de **Escrito Libre**, con el cual los Representantes, Auxiliares o Responsables de las y los Derechohabientes podrán acudir a las sedes de pago para realizar el cobro del apoyo emitido, en caso de presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Cuando la o el Derechohabiente sea menor de edad y **no cuente con el registro del Representante o Adulto Auxiliar en la Orden de Pago.**
2. Cuando la o el Derechohabiente sea mayor de edad y **no pueda acudir a recibir su apoyo y no cuente con auxiliar registrado.**

Asimismo, se precisa que, si la Orden de Pago contiene los datos del Representante, Auxiliar o Responsable, el apoyo podrá ser cobrado, entregando el medio de cobro y copia de identificación oficial, **sin ser necesario el Escrito Libre.**

Se reitera el proceso para llevar a cabo el registro de alta de auxiliar.

Atención a Representante, Auxiliar o Responsable de la y el Derechohabiente.

Mientras la Instancia Liquidadora entrega apoyos económicos a las y los Derechohabientes de las Pensiones para el Bienestar, el personal operativo de Bienestar, reúne a los Representantes, Auxiliares o Responsables y valida la siguiente información:

- El Representante, Auxiliar o Responsable debe presentar copia de su identificación oficial y Escrito Libre **debidamente requisitado**, así como copia y original de la **identificación del titular** para cotejo.
- El personal operativo de Bienestar verifica en el Padrón (Listado), que el nombre del Titular coincida con la identificación presentada.
- El personal operativo de Bienestar revisa y valida la documentación presentada por el Representante o Adulto Auxiliar y le notifica que puede pasar a la Mesa de la Instancia Liquidadora para que le entreguen el apoyo.

Asimismo, por este medio se hace de conocimiento el nuevo formato de escrito libre valido a partir del Operativo marzo-abril mayo-junio de 2021, al tiempo que solicita que por única ocasión se acepte el formato anterior.





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

AM

Escrito Libre

GOBIERNO DE MÉXICO		BIENESTAR		FOLIO:	
Ciudad de _____, a _____ de _____ de 2021.		Ciudad de _____, a _____ de _____ de 2021.			
Secretaría de Bienestar. A quien corresponda:		Secretaría de Bienestar. A quien corresponda:			
<p>Por este medio yo _____ con ID Padrón _____ autorizo a _____ para que, por esta única ocasión, a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de _____, debido a que, por el momento, me encuentro físicamente imposibilitado (a) para poder asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al bimestre de _____ del año 2021.</p> <p>Se adjuntan a la presente, copia de mi identificación oficial y de la de mi autorizado, así como también se exhiben las originales para cotejo.</p>		<p>Por este medio yo _____ con ID Padrón _____ autorizo a _____ para que, por esta única ocasión, a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de _____, debido a que, por el momento, me encuentro físicamente imposibilitado (a) para poder asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al bimestre de _____ del año 2021.</p> <p>Se adjuntan a la presente, copia de mi identificación oficial y de la de mi autorizado, así como también se exhiben las originales para cotejo.</p>			
<p>ATENTAMENTE:</p> <p>TESTIGO:</p> <p>(Nombre, firma o huella de la Persona Derivada/Asistente)</p> <p>(Nombre, firma o huella del Testigo)</p>		<p>ATENTAMENTE:</p> <p>TESTIGO:</p> <p>(Nombre, firma o huella de la Persona Derivada/Asistente)</p> <p>(Nombre, firma o huella del Testigo)</p>			
<p>SERVIDOR PÚBLICO QUE AUTORIZA: ID _____</p> <p>(Nombre) (Apellido) (Matrícula) (Firma)</p>		<p>SERVIDOR PÚBLICO QUE AUTORIZA: ID _____</p> <p>(Nombre) (Apellido) (Matrícula) (Firma)</p>			





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

(entidad) _____, a _____ de _____ de 20____

Secretaría de Bienestar.

A Quien corresponda:

Por este medio yo _____ con ID Padrón _____

nombro como mi representante o adulto auxiliar a

_____, quien se encuentra dado de

alta, como tal, en los sistemas de la Secretaría de Bienestar, para que a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, debido a que me encuentro imposibilitado física y/o medicamente para asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al mes de _____ de 20____.

Se presentan para cotejo mi identificación y la de mi representante o adulto auxiliar.

Atentamente

(Nombre, firma o huella de la persona beneficiaria)

Testigo 1

(Nombre y firma)





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios
Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

PCD

Escrito Libre

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR		FOLIO	GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR		FOLIO
Ciudad de _____, a de _____ de 2021.			Ciudad de _____, a de _____ de 2021.		
Secretaría de Bienestar. A quien corresponda:			Secretaría de Bienestar. A quien corresponda:		
<p>Por este medio yo _____ con ID Padrón _____ autorizo a _____ para que, por esta única ocasión, a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de _____, debido a que, por el momento, me encuentro físicamente imposibilitado (a) para poder asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al bimestre de _____ del año 2021.</p> <p>Se adjuntan a la presente, copia de mi identificación oficial y de la de mi autorizado, así como también se exhiben las originales para cotejo.</p>			<p>Por este medio yo _____ con ID Padrón _____ autorizo a _____ para que, por esta única ocasión, a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de _____, debido a que, por el momento, me encuentro físicamente imposibilitado (a) para poder asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al bimestre de _____ del año 2021.</p> <p>Se adjuntan a la presente, copia de mi identificación oficial y de la de mi autorizado, así como también se exhiben las originales para cotejo.</p>		
<p>ATENTAMENTE:</p> <p>(Nombre, firma o huella de la Persona Derivohabiente)</p>		<p>TESTIGO:</p> <p>(Nombre, firma o huella del Testigo)</p>		<p>ATENTAMENTE:</p> <p>(Nombre, firma o huella de la Persona Derivohabiente)</p>	
<p>TELEFONO DERIVOHABIENTE</p>		<p>TELEFONO TESTIGO</p>		<p>TELEFONO DERIVOHABIENTE</p>	
<p>SERVIDOR PÚBLICO QUE AUTORIZO: ID _____</p> <p>(NOMBRE) (PATERNO) (MATERNO) (FIRMA)</p>		<p>SERVIDOR PÚBLICO QUE AUTORIZO: ID _____</p> <p>(NOMBRE) (PATERNO) (MATERNO) (FIRMA)</p>		<p>SERVIDOR PÚBLICO QUE AUTORIZO: ID _____</p> <p>(NOMBRE) (PATERNO) (MATERNO) (FIRMA)</p>	
<p><small>Esta promite la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al programa y al desarrollo social.</small></p>			<p><small>Esta promite la reproducción total, parcial o mutilación de este contenido. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al programa y al desarrollo social.</small></p>		





(entidad) _____, a _____ de _____ de 20 _____

Secretaría de Bienestar.

A Quien corresponda:

Por este medio yo _____ con ID Padrón _____
nombro como mi representante o adulto auxiliar a
_____, quien se encuentra dado de
alta, como tal, en los sistemas de la Secretaría de Bienestar, para que a mi nombre y
representación le sea entregado el apoyo de la Pensión para el Bienestar de las Personas con
Discapacidad Permanente, debido a que me encuentro imposibilitado física y/o medicamente
para asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al mes de _____ de 20 _____.

Se presentan para cotejo mi identificación y la de mi representante o adulto auxiliar.

Atentamente

(Nombre, firma o huella de la persona beneficiaria)

Testigo 1

(Nombre y firma)





Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

Para el universo de las y los **Derechohabientes que cobren las Pensiones para el Bienestar** en el bimestre en curso (marzo-abril mayo-junio), mediante la **Planilla de Etiquetas de Seguridad**, utilizará la **Etiqueta 9**, como se muestra a continuación:

AM
Etiqueta 9 marzo-abril mayo-junio

The diagram shows a data table on the left with columns for 'ID Único', 'ID Padrón', 'Nombre', 'Estado', 'Región', 'Municipio', and 'Localidad'. Dashed lines connect these columns to the corresponding fields in the 'Etiqueta 9' form on the right. The form also includes a 'Folio del formato' field and a large number '9' in the bottom right corner.

PCD
Etiqueta 9 marzo-abril mayo-junio

The diagram shows a data table on the left with columns for 'ID Único', 'ID Padrón', 'Nombre', 'Estado', 'Región', 'Municipio', and 'Localidad'. Dashed lines connect these columns to the corresponding fields in the 'Etiqueta 9' form on the right. The form also includes a 'Folio del formato' field and a large number '9' in the bottom right corner.





Oficio núm. BIE/DGAGP/DGAISCP/DIO/0121.2021

En el caso en el que las y los Derechohabientes tengan pago de reexpedición enero-febrero de 2021, este se podrá cobrar con la etiqueta 8, como se muestra en la imagen:

AM
Etiqueta 8 enero-febrero

BIENESTAR

ID Único:
ID Padron:
Nombre:
Estado:
Región:
Municipio:
Localidad:

Folio del formato: 8

Este formato es para el pago de reexpedición de padrones por el pago de enero-febrero de 2021.

PCD
Etiqueta 8 enero-febrero

BIENESTAR

ID Único:
ID Padron:
Nombre:
Estado:
Región:
Municipio:
Localidad:

Folio del formato: 8

Este formato es para el pago de reexpedición de padrones por el pago de enero-febrero de 2021.





BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano
Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios

Dirección General Adjunta de Implementación,
Seguimiento y Control de Padrones
Dirección de Implementación Operativa

Finalmente, se solicita de su valioso apoyo para que, los Formatos de medio de cobro de las Pensiones para el Bienestar antes descritos, **sean aceptados en presentación a color.**

Lo anterior, con el objetivo de girar las instrucciones al personal a su cargo y realizar las acciones pertinentes en caso de presentarse las situaciones antes expuestas en la ejecución del Operativo de Bienestar, y de esta manera no afectar los Derechos de las y los Derechohabientes.

Agradeciendo la atención al presente, envío un cordial saludo.

Atentamente,

Julio César Mercadillo Romero
Director de Implementación Operativa

C.C.p Alejandro Lopez Carranza. – Gerente de Implementación de Procesos de Servicios TELECOMM

