



**NUEVO COMIENZO**  
SECRETARÍA DEL NUEVO COMIENZO

**ANEXO II**

**Solicitud Guanajuato Gobierno de la Gente**

Folio: \_\_\_\_\_ | Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2025

Por medio del presente yo, C. \_\_\_\_\_ solicito ser considerada(o) para recibir del Programa \_\_\_\_\_ y para tal efecto proporciono los siguientes datos personales:

CURP: [ \_\_\_\_\_ ]

Sexo: M ( ) H ( )

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior: \_\_\_\_\_ No. Interior: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: Guanajuato Celular: [ \_\_\_\_\_ ]

Nombre completo del acompañante (opcional):

A este acto me acompaña C. \_\_\_\_\_ a quien reconozco

como: ( ) Padre ( ) Madre ( ) Tutor(a) legal ( ) Tutor ( ) Acompañante ( ) Persona autorizada ( ) No aplica.

CURP: de la persona acompañante [ \_\_\_\_\_ ]

Teléfono fijo: [ \_\_\_\_\_ ]

Celular: [ \_\_\_\_\_ ]

Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Descripción del apoyo solicitado \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO PROTESTA DECIR LA VERDAD:**

- a) Que todo lo manifestado en la solicitud y documentación entregada o llenada son datos verídicos, auténticos y fidedignos, así como la firma o huella dactilar que aparece en el presente documento.
- b) Que he leído y cumpliré con lo establecido en las Reglas de operación del Programa, y demás normativa aplicable
- c) Que debido a la situación familiar actual se requiere el apoyo o servicio que otorga el programa para mejorar mis condiciones de vida y las de mi familia

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:**

Manifiesto que he leído y acepto el aviso de privacidad, el cual tuve a la vista y continuará a mi disposición en la página institucional en internet <https://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx/>, por lo que:

a) Acepto recibir información de Gobierno del Estado de Guanajuato en domicilio y datos de contacto proporcionados:

[ ] Si otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales y para recibir información de Gobierno del Estado

[ ] No otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales y para recibir información de Gobierno del Estado

**ATENTAMENTE**

**Nombre y firma o huella dactilar de la persona solicitante, tutor (a) o acompañante**

ANEXO III



SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN E INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIAL  
 DIRECCIÓN GENERAL DE FORTALECIMIENTO AL INGRESO FAMILIAR  
 PROGRAMA MANOS SOLIDARIAS GUANAJUATO 2025

ANEXO 3. LEVANTAMIENTO DE CONTINGENCIA

Municipio:		Localidad / Colonia:					
N° EDAN:	Latitud:	Longitud:	N°:				
DATOS GENERALES							
Solicitante:							
Nombre del Afectado (de acuerdo a CURP):		Parentesco con solicitante:					
Domicilio de acuerdo a comprobante:		Fecha y estado de nacimiento:					
Teléfono (10 dígitos):		A quién pertenece el número:					
Número de cuartos de la casa sin incluir pasillo, cocina o baños:		Número de habitantes de la vivienda:					
INTEGRANTES DE LA FAMILIA							
Número de habitantes de la vivienda mayores de edad:		Número de habitantes de la vivienda menores de edad:					
AFECTACIÓN POR CONTINGENCIA							
¿Presenta afectación derivada de la contingencia?		Desistimiento					
si:	no:	si:	no:				
AFECTACIÓN EN MUEBLES BÁSICOS							
Tipo de Mueble	Cantidad	Observación	Otros				
Colchón matrimonial							
Base matrimonial							
Colchón individual							
Base individual							
Refrigerador							
Estufa							
Tanque de gas							
Ropero							
OTRAS AFECTACIONES EN VIVIENDA							
Afectación en muros, pisos u otros:							
¿Es necesario realizar levantamiento de ficha por afectación estructural?		si	no				
DOCUMENTOS ANEXOS							
Identificación oficial vigente	si	CURP	si	Comprobante Domicilio	si	Fotos	si
	Pendiente		Pendiente		Pendiente		Pendiente
Observaciones adicionales:							

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en este documento es verídica, y en caso de no serlo, acepto el desistimiento de forma automática a la solicitud de apoyo que se pueda derivar del levantamiento de información contenido en este documento, firmo de conformidad.

Nombre completo y firma

Fecha:		Firma:	
Responsable levantamiento:			
Teléfono responsable levantamiento:			
Área de adscripción:			

### ANEXO III



SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN E INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE FORTALECIMIENTO AL INGRESO FAMILIAR

CROQUIS DE ÁREAS AFECTADAS		SETO DE ÁREA (M <sup>2</sup> )	SUPERFICIE (M <sup>2</sup> )	LÁMINAS POR ÁREA	METRO LINEAL DE MOQUETÓN POR ÁREA
[Empty grid for drawing affected areas]					

OBSERVACIONES ADICIONALES
[Empty space for additional observations]

TOTAL DE MONTES	TOTAL DE LÁMINAS

ANEXO IV



**NUEVO  
COMIENZO**  
ESTADO DE GUANAJUATO

Subsecretaría de Inclusión e Inversión para el Desarrollo Social  
Dirección General de Fortalecimiento al Ingreso Familiar  
Programa **Manos Solidarias Guanajuato** para el Ejercicio  
Fiscal 2025.

SOLICITANTE:  
CLAVE DE ACCIÓN:  
TELÉFONO:

ACUSE DE RECIBO DE ENTREGA DE APOYO

RECIBÍ A MI ENTERA SATISFACCIÓN de la Secretaría del Nuevo Comienzo el apoyo correspondiente al acuerdo número \_\_\_\_\_, aprobado en la \_\_\_\_\_, por el Comité del Programa **Manos Solidarias Guanajuato**; otorgado al beneficiario \_\_\_\_\_ con domicilio en la calle \_\_\_\_\_ con número \_\_\_\_\_, colonia \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_, Gto., mismo que a continuación se describe:

GTO., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Por el Beneficiario  
Recibí

Por la SENCO  
Entregó

\_\_\_\_\_  
(nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
(nombre y firma)  
Dirección General de Fortalecimiento al Ingreso Familiar.

## ANEXO V



**NUEVO COMIENZO**  
EL PRINCIPAL DE LOS PROGRAMAS DEL GOBIERNO

**Subsecretaría de Inclusión e Inversión para el Desarrollo Social**  
**Dirección General de Fortalecimiento al Ingreso Familiar**  
**Programa Manos Solidarias Guanajuato para el Ejercicio**  
**Fiscal 2025.**

## ENCUESTA DE ATENCIÓN

1. ¿Durante los últimos meses ha sufrido alguna situación particular por la cual le haya sido necesario solicitar apoyo a la Secretaría de Del Nuevo Comienzo (SENCO), a través del programa MANOS SOLIDARIAS GUANAJUATO ?.  
 a. Si b. No
2. ¿Cuál fue el motivo de su solicitud?  
 a. Situación de contingencia b. Situación emergente
3. La solicitud que realizó fue para atender alguna de las siguientes situaciones:  
 a. Mi salud. b. Mi alimentación. c. Mi economía. d. Mi vivienda. e. Otro \_\_\_\_\_
4. ¿Se le notificó qué documentos debe entregar para integrar su solicitud?  
 a. Si b. No
5. ¿Se le explicó el proceso que se realiza para ingresar y atender su solicitud?  
 a. Si b. No
6. ¿La persona que le realizó la entrevista, fue amable y se condujo con respeto hacia usted?  
 a. Si b. No
7. ¿Qué tan satisfecho está con el bien o servicio que se le entregó u otorgó?  
 a. Nada satisfecho. b. Poco satisfecho. c. Algo Satisfecho. d. Muy satisfecho. e. Completamente Satisfecho.
8. En una escala del 1 al 10, donde 1 es muy malo y 10 es excelente. ¿Cómo considera el tiempo en el que se le dió atención a su solicitud?  
 1      2      3      4      5      6      7      8      9      10
9. ¿Considera usted que el apoyo le ayuda hacer frente o superar los efectos de su situación de contingencia/situación emergente?  
 a. Si b. No
10. ¿Cuál considera que es el principal beneficio que obtendra con el bien o servicio que se le entregó u otorgó?  
 a. En mi salud. b. En mi alimentación. c. En mi economía. d. En mi vivienda. e. Otro \_\_\_\_\_
11. En una escala del 1 al 10, donde 1 es muy malo y 10 es excelente. ¿Cómo calificaría su experiencia y atención con el programa Manos Solidarias Guanajuato ?  
 1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

\_\_\_\_\_, Gto., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

Por el Beneficiario

Por la SENCO

Manifiesto que he leído y acepto el aviso de privacidad, el cual tuve a la vista y continuará a mi disposición en la página Institucional de internet <http://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx/programas/>. Por lo que acepto que mis datos personales sean tratados en apego a éste

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

ANEXO VI

GUANAJUATO  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO



200

**CÉDULA DE EVALUACIÓN SOCIAL EN PROGRAMAS SOCIALES ESTATALES**

El llenado de esta cédula es parte de las actividades de contraloría social, con su opinión se podrá conocer si el apoyo, capacitación o servicio que recibe del programa es otorgado con la calidad, cantidad, tiempo y respeto que usted merece.

IMPORTANTE: La sección número uno deberá ser requisitada por la persona servidora pública encargada de aplicar la cédula. A partir de la segunda sección el llenado de la cédula lo realiza directamente la persona beneficiaria.

**SECCIÓN I. DATOS DE LA PERSONA QUE APLICA LA CÉDULA**

Nombre de quien aplica la cédula: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación (día, mes y año): \_\_\_\_\_

Institución responsable del programa: \_\_\_\_\_

Nombre del programa social: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II. DATOS GENERALES DE LA PERSONA BENEFICIARIA**

Nombre de la persona beneficiaria: \_\_\_\_\_

Sexo: Mujer:  Hombre:  Sin especificar:  Edad: \_\_\_\_\_ años Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Colonia o Localidad: \_\_\_\_\_

Apoyo, capacitación o servicio que recibe del programa: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE LLENADO:** Por favor responda a cada pregunta marcando con una "X" la opción que considere adecuada o escriba su respuesta en los espacios destinados para ello. Los datos personales son preservados de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. Te invitamos a consultar el aviso integral de privacidad en [strc.guanajuato.gob.mx](http://strc.guanajuato.gob.mx)

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA SOCIAL**

1. ¿Conoce el nombre del programa social del cual es beneficiario(a)?  
Sí  escribalo: \_\_\_\_\_ No

2. ¿Conoce el nombre de la Institución responsable del programa social?  
Sí  escribalo: \_\_\_\_\_ No

3. ¿Conoce sus derechos y obligaciones como persona beneficiaria del programa social? Sí  No

4. ¿Le informaron las fechas en las que recibiría el apoyo, capacitación o servicio del programa social?  
Sí  No

5. ¿Recibió plática informativa sobre el tema de contraloría social? Sí  No

6. ¿Cómo se enteró del programa social? Familiar, vecino o amigo  Cartel informativo   
Delegado  Oficina de gobierno  Persona servidora pública  Escuela  Redes sociales   
Otro  especificar: \_\_\_\_\_

7. ¿Considera necesario que se le dé más información sobre el programa social? Sí  No

8. ¿Por cuál de los siguientes medios prefiere usted recibir información relacionada con el programa social?  
Página de internet de gobierno  Correo electrónico  Mensaje al celular   
Redes sociales  Pláticas presenciales  Folletos  Carteles

Continúa tu evaluación la vuelta

ANEXO VI

SECCIÓN IV. EVALUACIÓN AL PROGRAMA SOCIAL

- 9. ¿El trámite para ser beneficiario del programa social fue fácil de realizar? Sí  No
- 10. ¿El apoyo, capacitación o servicio le fue otorgado en las fechas establecidas? Sí  No
- 11. ¿Recibió el apoyo, capacitación o servicio de acuerdo a lo que le informaron? Sí  No
- 12. ¿Considera que su vida mejoró de alguna manera a partir de que es beneficiario(a) del programa social? Sí  No
- 13. ¿Las personas servidoras públicas que le atendieron fueron amables y respetuosas con usted? Sí  No
- 14. ¿Le solicitaron algo que considere indebido para ser beneficiario del programa social? Sí  No   
Responda a la pregunta 15
- 14.1. En caso de que su respuesta haya sido sí, ¿qué fue lo que le solicitaron?  
Dinero  Alimentos  Hospedaje  Favores personales   
Apoyo a algún partido político  Otro  especificar: \_\_\_\_\_
- 15. Si tiene alguna recomendación para mejorar el programa social, escríbala aquí: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SECCIÓN V. REPORTE CIUDADANO

Responda esta sección únicamente en caso de que desee hacer una solicitud, queja, denuncia y/o reconocimiento.

- 16. A través de esta cédula desea presentar un(a): Solicitud  Queja  Denuncia  Reconocimiento
- 17. La persona servidora pública involucrada pertenece al nivel de gobierno: Federal  Estatal  Municipal
- A continuación escriba los datos de la persona servidora pública involucrada si es que los conoce*
- 18. Nombre de la persona servidora pública: \_\_\_\_\_
- 19. Cargo o puesto de trabajo de la persona servidora pública: \_\_\_\_\_
- 20. Institución donde trabaja la persona servidora pública: \_\_\_\_\_

*En las siguientes líneas escriba el motivo de su reporte ciudadano (Relate brevemente lo sucedido)*

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

ATENCIÓN: Esta cédula deberá entregarse a la institución responsable del programa social estatal. No olvide desprender el talón que se encuentra al final de esta hoja, el cual será su comprobante de haber respondido esta cédula.