

INSTRUCCIONES:

1. EN LA COLUMNA B (CLAVE DE MOVIMIENTO), FAVOR DE ANOTAR SIN MODIFICACIONES, LAS PALABRAS: **NUEVO, CANJE, REPOSICION, CANCELADO**
2. EN LA COLUMNA I(SEXO): FAVOR DE ANOTAR UNICAMENTE LAS LETRAS **H, M.**
3. CON ESTAS INDICACIONES SE ELABORA EN AUTOMATICO EL INFORME DE AFILIACIÓN UBICADO EN LA PESTAÑA "CONCENTRADO"

FECHA DE ELABORACIÓN	CLAVE MOV	FOLIO	CURP	ENTIDAD FEDERATIVA	APELLIDO PATERNO
----------------------	-----------	-------	------	--------------------	------------------

APELLIDO MATERNO	NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/a
------------------	--------	------	-----------------------------

CALLE	NUM EXT	NUM INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO
-------	---------	---------	---------	----	-----------

TELÉFONO CASA

EN CASO DE ACCIDENTE

TELÉFONO
EMERGENCIA

ENTIDAD DE
NACIMIENTO

CAPTURISTA

MÓDULO

ESTADO CIVIL



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
 DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESTATALES
 DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
 INFORME MENSUAL CONCENTRADO DE TARJETAS INAPAM (CARTÓN)
 DURANTE EL MES DE _____ DE **2020**



ENTIDAD FEDERATIVA: **SAN LUIS POTOSÍ**

FECHA DE ELABORACIÓN

DÍA	MES	AÑO

MÓDULO DE EXPEDICIÓN DE TARJETA INAPAM	TARJETAS EXPEDIDAS A TRAVÉS DE: INAPAM O TRANSVERSALIDAD	FOLIO DE CREDENCIALES		NUEVO REGISTRO (NR)			CAMBIO POR ACTUALIZACIÓN(C)			REPOSICIÓN(R)			EXTRAVIO	CANCELADAS	TOTAL (NR+C+R+CAN)	RESERVA DE CREDENCIALES
		DE	AL	SEXO		TOTAL (NR)	SEXO		TOTAL (C)	SEXO		TOTAL(R)	TOTAL (Reportadas con Acta)	TOTAL (CAN)		
				HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES					
TAMASOPO	TRANSVERSALIDAD			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

REPRESENTANTE MUNICIPAL

LIC. ROSARIO PARRA BAZAN
 ENCARGADA DE LA DELEGACION ESTATAL DEL INAPAM SLP



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FORMATO IA-ST-003

Fecha de elaboración: ___/___/___
 dd mm aaaa

H	M
---	---

Sexo

_____ Folio de la Tarjeta

NVA.	REPO.
------	-------

Expedición

Datos de quien solicita

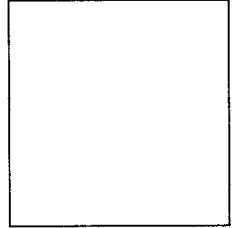
Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___
 dd mm aaaa

Lugar de nacimiento: _____



CURP: _____

Estado civil: Soltera (o) Casada (o) Núm. Telefónico: _____

Domicilio: _____
 Calle y número

_____ C.P.

Colonia: _____

Alcaldía o municipio: _____

Entidad federativa: _____

Contacto en caso de emergencia: _____
 Nombre

Núm. Telefónico: _____



Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad, declaro que la información asentada en el presente documento, es cierta y verdadera.

Firma de conformidad (persona mayor)

Módulo: _____

Nombre: _____
Responsable de la afiliación

Para afiliación presenta:

I. Documento de Identidad

- INE
- Licencia de manejo
- Pasaporte vigente
- Cartilla Militar
- Cédula Profesional
- Credencial /Carnet (IMSS, ISSSTE, PEMEX)
- Otro

Marca X

Folio

Especificar

Folio

Nombre: _____
Responsable de la captura

Fecha de captura: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa