

Folio:

Formato de solicitud

Clave de formato:

CIUDAD DE MÉXICO
 CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN
 NOMBRE DEL PROGRAMA SOCIAL:

“BIENESTAR JURÍDICO PARA LOS PUEBLOS Y BARRIOS ORIGINARIOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS RESIDENTES, 2025”

Ciudad de México, a de de 2025

Dirección General de Derechos Indígenas Modalidad:

Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal con relación al 311 del Código Penal del el Distrito Federal.

Información a la persona interesada sobre el tratamiento de sus datos personales

La Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México (SEPI), a través de la Dirección General de Derechos Indígenas es la Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales de los Programas Sociales de la Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes. Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de las personas beneficiarias de los programas sociales con el objetivo de realizar los diferentes procedimientos administrativos propios de cada programa social y de llevar a cabo los procedimientos de entrega de los apoyos económicos contemplados, además de contar con datos suficientes para la elaboración de informes con fines de evaluación y rendición de cuentas, y podrán ser transferidos a la Administración Pública Centralizada, Órganos Autónomos y Órganos Jurisdiccionales Locales y Federales. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México; ubicada en Avenida Fray Servando Teresa de Mier, número 198, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06000, Ciudad de México; con número telefónico 551102-6500 Ext. 6576 y 551102-6500 Ext. 6502, o en el correo electrónico udtsepi@gmail.com. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o ingresar a la página <https://www.sepi.cdmx.gob.mx/documentos-descargables/avisos> Para conocer el Aviso de Privacidad Integral de manera física, usted puede acudir directamente al módulo de Atención Ciudadana, ubicado en la Planta Baja de la Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes.

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Nombre (s)	<input type="text"/>		
Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	<input type="text"/>
Lugar de nacimiento	<input type="text"/>		
Municipio	Entidad	País	<input type="text"/>
Grado máximo de estudios	<input type="text"/>	CURP	<input type="text"/>
RFC	<input type="text"/>	Homoclave	<input type="text"/>
Identificación Oficial (Credencial para votar, Pasaporte, Cartilla, etc.)	<input type="text"/>	Número / Folio	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>		
Pertenece alguna comunidad indígena, pueblo originario o de origen distinto al nacional	<input type="text"/>	¿A cuál?	<input type="text"/>
Pertenece a la población LGBT+	<input type="text"/>	¿A cuál?	<input type="text"/>
Ocupación	<input type="text"/>	Tiempo de residencia en la CDMX (años)	<input type="text"/>
Grupo de atención prioritaria	<input type="text"/>		

(persona con alguna discapacidad, adulto(a) mayor, madre soltera, persona con enfermedad crónica degenerativas o población en situación de calle)

EXPERIENCIA (en proyectos similares)

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

1.-		Fecha	De		a
2.-		Fecha	De		a
3.-		Fecha	De		a
4.-		Fecha	De		a
5.-		Fecha	De		a

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Denominación o razón social No Aplica

DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Calle No. Exterior No. Interior

Colonia

Alcaldía C.P.

Correo electrónico para recibir notificaciones

PERSONA AUTORIZADA PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS

Nombre (s)

Apellido Paterno Apellido Materno

REQUISITOS

<input type="text"/>	Identificación oficial vigente (credencial para votar, pasaporte, licencia de conducir, Cartilla del Servicio Militar Nacional o cédula profesional) de la persona: solicitante, su representante legal y acreditada para oír y recibir notificaciones, en su caso. Original y copia simple para cotejo.
<input type="text"/>	Comprobante de domicilio (agua, luz, teléfono, predial o constancia de domicilio expedida por autoridad competente con vigencia no mayor a tres meses)
<input type="text"/>	Carta bajo protesta de decir verdad de no desempeñar algún empleo, cargo o comisión en la administración pública federal, estatal o local
<input type="text"/>	Comprobante del último grado de estudios (Certificado, constancia de estudios, título o cédula profesional)
<input type="text"/>	Documentación probatoria que acredite la experiencia, según aplique

FUNDAMENTO JURÍDICO

<input type="text"/>	Artículo 7 y 53 de la Ley del Derecho al Bienestar e Igualdad Social para la Ciudad de México
<input type="text"/>	Artículo 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo de la Ciudad de México
<input type="text"/>	Artículos 7 fracción XIV inciso A y 214 del Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México
<input type="text"/>	

DATOS DEL PROGRAMA SOCIAL

Costo:	No aplica
Beneficio a obtener	Apoyo social
Plazo de respuesta	30 días hábiles
Vigencia del beneficio a obtener	31 de diciembre de 2025
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No aplica

Observaciones

PERSONA INTERESADA

Nombre y Firma

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DE ACCESO AL PROGRAMA SOCIAL. EN SU COMPONENTE PERSONAS BENEFICIARIAS FACILITADORAS DE SERVICIOS

DE FECHA

DE

Recibió (para ser llenado por la autoridad)

Área	
Nombre	
Cargo	
Firma	

Sello de recepción

--

QUEJAS O DENUNCIAS



QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.

DENUNCIA irregularidades a través del Sistema de Denuncia Ciudadana vía Internet a la dirección electrónica <http://www.contraloria.cdmx.gob.mx/pcontraloria/denuncia.php>