



COORDINACIÓN NACIONAL DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL  
PRESENTE

A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
Asunto: Aviso de Asistencia SALUD  
FOLIO: \_\_\_\_\_

Por este conducto informo y hago constar que después de haber revisado los registros de asistencia (Formatos S1) a las citas programadas de control y asistencia médica de los beneficiarios de PROSPERA, de la localidad \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_ se encontró que la titular que se relaciona a continuación, tuvo el cumplimiento de asistencia en los meses que se indican.

CAUSA: Indique la causa de la emisión del aviso en la columna correspondiente, escribiendo únicamente las siglas (EF, CL, CE, FR o FO) según sea el caso.

EF = Error en el llenado del formato

FO = Familia Omitida en el formato S2

CL / CE = Cambio de localidad o cambio de Estado

SC = Sin certificado para envío

FR = familia Reactivada

EC = Error de Certificación en CEDEC

NOTA IMPORTANTE: 1) Indique el AÑO/MES que certifica y marque SI cumplió o NO cumplió

NOMBRE COMPLETO Y FOLIO DE LA TITULAR	CAUSA	Año:		Año:		Año:		Año:		Año:		Año:	
		MES	CUMPLIDO	MES	CUMPLIDO	MES	CUMPLIDO	MES	CUMPLIDO	MES	CUMPLIDO	MES	CUMPLIDO

ATENTAMENTE

SELLO DEL CENTRO DE SALUD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO  
O RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD

Este formato es para uso exclusivo del sector salud y solo puede ser llenado por el médico o enfermera del centro de salud, ya que es un documento auditable y es responsabilidad del servidor público que lo firma.

HOJA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ACUSE DE AVISO DE ASISTENCIA SALUD

Datos de la familia

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre) \_\_\_\_\_ Folio Titular \_\_\_\_\_

Recibe Aviso

FOLIO

AÑO	BIMESTRE QUE REPORTA

FECHA DE RECEPCION

Nombre, Firma y CUPO