

Coordinación Atención integral de Adultos mayores

A	NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO	Carta de vinculación
B	SUJETOS QUE LO PUEDEN SOLICITAR	Adultos mayores
C	PLAZO DE RESOLUCIÓN	inmediata
D	REQUISITOS	Nombre Credencial de elector Credencial inapam Nombre de la empresa Nombre del entrevistador de la empresa
E	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PARA REALIZACIÓN DEL TRAMITE	Solicita el adulto mayor la carta de vinculación en el área de atención integral de adulto mayor, se realiza y entrega en el momento
F	NOMBRE DEL FORMATO DE SOLICITUD	No aplica
H	VIGENCIA (SI ES APLICABLE)	Semestral/Anual

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

**CARTA DE VINCULACIÓN AL SISTEMA VOLUNTARIO
DE EMPACADORES DE MERCANCIAS
FO-DFOPP-04-06**

Fecha: 05/06/2025

Folio: MV018

Nombre de la Empresa: CHEDRAUI

Nombre del Entrevistador de la Empresa: ELEANEE LOPEZ MORENO

Dirección:
RAFAEL LUCIO #28 CENTRO CP 91000 XALAPA, VER-

Por este conducto me permito presentarles al C. ALBERTO ATANASIO CUEVAS FERNANDEZ como la persona Adulta Mayor afiliada a este Instituto, el cual nos realiza su solicitud de conformidad para su integración al Sistema Voluntario de Empacadores de Mercancía.

El firmante autoriza a este Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores a utilizar los datos personales descritos en la presente carta de vinculación, para única y exclusivamente informar a la empresa comercial, la afiliación correspondiente al Sistema Voluntario de Empacadores de Mercancía.

El firmante conoce y se compromete a cumplir cabalmente con la Lista de Actividades del Empacador Voluntario.

El firmante acepta respetar el Convenio de Colaboración celebrado entre el INAPAM y la empresa, el cual no constituye una relación laboral con el INAPAM, ni con la empresa en virtud de que las personas adultas mayores afiliadas al Instituto, no realizaran un trabajo ni estarán subordinadas a la empresa y/o al INAPAM, y en consecuencia no devengaran un salario.

Atentamente:	 (Nombre completo del servidor público)	Firma:	
---------------------	---	---------------	--

Es mi voluntad participar en el “Sistema Voluntario de Empacadores de Mercancía”, deslindando al INAPAM y a la Empresa receptora de la presente carta de cualquier responsabilidad laboral, civil, penal, administrativa o cualquier otra de que se le tratase de involucrar, en virtud de que el objeto de *incorporación al sistema voluntario de empaques de mercancía* para las Personas Adultas Mayores consiste única y exclusivamente en informar a las empresas sobre las solicitudes de Vinculación realizadas por las Personas Adultas Mayores sin que ello implique una relación laboral con el Instituto.

COPIA NO VALIDA

A	NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO	Apoyo a Clubs de atención de día
B	SUJETOS QUE LO PUEDEN SOLICITAR	Adultos mayores
C	PLAZO DE RESOLUCIÓN	Inmedita
D	REQUISITOS	Nombre, edad, telefono
E	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PARA REALIZACIÓN DEL TRAMITE	Apoyo a clubs en actividades recreativas, platicas de salud mental y fisica
F	NOMBRE DEL FORMATO DE SOLICITUD	No aplica
H	VIGENCIA (SI ES APLICABLE)	No aplica

COPIA NO VALIDA

CÉDULA DE REGISTRO DE DATOS

MUNICIPIO:

Nombre (s)	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Fecha de Nac.	Edad	Género		Estado Civil	Grupo Sanguíneo y RH
		H	M		
Domicilio calle y núm.			Colonia		C.P.
Teléfono			Ciudad		Estado
Servicio Médico			N° de Afiliación		
En caso de ser necesario favor de avisar a mi familiar:					
Nombre (s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Parentesco		Teléfono		Celular	

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Parentesco	Teléfono	Celular

Padecimientos:

Taller (es) ó Club (es) en los que estoy inscrito (a)		Observaciones

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

ELABORÓ:

FECHA: