

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE DIF MUNICIPAL TLACHICHUCA, PUEBLA ADMINISTRACION 2018-2021



INDICE

| | |
|---|----|
| I. Introducción..... | 4 |
| MISION | 5 |
| VISION | 5 |
| VALORES | 5 |
| OBJETIVO | 5 |
| II.- FUNDAMENTACION LEGAL..... | 6 |
| I. III ORGANIGRAMA GENERAL DEL SMDIF | 8 |
| I.IV. Descripción de procedimientos de Dirección General | 10 |
| I.VI. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA DIRECCIÓN DEL SMDIF | 12 |
| I.VII ANEXO DE FORMATOS | 13 |
| Cronograma de actividades semanales de personal del SMDIF. | 13 |
| II. AREA DE VALORES HUMANOS | 14 |
| MISION | 15 |
| VISION | 15 |
| OBJETIVO | 15 |
| II.II NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE ÁREA DE VALORES..... | 17 |
| MISION | 19 |
| VISION: | 19 |
| OBJETIVO: | 19 |
| OBJETIVO | 21 |
| COMUNITARIO | 24 |
| IV. COORDINACIÓN DE ALIMENTOS | 30 |
| MISIÓN | 31 |
| VISIÓN | 31 |
| OBJETIVO GENERAL | 31 |
| OBJETIVO: | 38 |
| OBJETIVO | 42 |
| OBJETIVO | 46 |
| FORMATO DEL PROGRAMA A APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 51 |
| FORMATO DEL PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A ADULTO MAYOR | 57 |



| | |
|---|------------|
| FORMATO DEL PROGRAMA INICIANDO UNA CORRECTA NUTRICION | 58 |
| VISIÓN | 69 |
| MISIÓN | 69 |
| OBJETIVO..... | 69 |
| OBJETIVO..... | 70 |
| OBJETIVO..... | 74 |
| VI. COORDINACIÓN DE SALUD | 84 |
| MISIÓN..... | 85 |
| VISIÓN | 85 |
| OBJETIVO..... | 85 |
| OBJETIVO..... | 86 |
| OBJETIVO: | 89 |
| VI. IX PROCEDIMIENTO TALLERES, CONFERENCIAS Y PLATICAS | 93 |
| OBJETIVO..... | 93 |
| OBJETIVO..... | 98 |
| VII. Coordinación de Salud Mental | 119 |
| Coordinación de Salud Mental..... | 119 |
| MISIÓN..... | 120 |
| VISIÓN | 120 |
| OBJETIVO..... | 120 |
| OBJETIVO..... | 125 |
| OBJETIVO: | 127 |
| Misión | 143 |
| Valores..... | 143 |
| Objetivo | 143 |



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL TLACHICHUCA

I. Introducción

El presente Manual de Procedimientos tiene por objeto integrar y dar a conocer los principales procedimientos que se llevan a cabo en el Sistema DIF Municipal a través de las coordinaciones administrativas que lo conforman:

- Dirección General del Sistema DIF Municipal
- Área de valores humanos
- Coordinación de desarrollo comunitario
- Coordinación de alimentos
- Coordinación jurídica
- Coordinación de Salud
- Área de asistencia a la salud mental
- Traslados de ambulancia

Este documento contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de cada coordinación, incluye los cargos y unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación. Se considera como una herramienta administrativa de apoyo al desarrollo cotidiano de acciones consolidando criterios de contenido que permiten la realización de las funciones de dirección, coordinación y evaluación, a través de la sistematización de las actividades, la identificación de los procesos, la definición del método para efectuarlas, agrupando procedimientos precisos con un objetivo común y la descripción de una secuencia lógica de actividades.

El contenido del presente manual quedará sujeto a modificaciones cada vez que la normatividad cambie y en su estructura a fin de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz.



MISION

La misión del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la familia de Tlachichuca es coordinar, vigilar y ofrecer servicios de asistencia social de manera ética y con calidad humana a través de programas preventivos y de atención, dando prioridad al desarrollo humano individual y la integración familiar del municipio y contribuir a la mejora de su calidad humana.

VISION

En esta administración se pretende llegar a todas y cada una de las personas en casos de vulnerabilidad del municipio de Tlachichuca, y ser una institución que brinde atención de asistencia social, apoyando en las necesidades del individuo y de su entorno familiar, a través del trabajo integral y cálido, actuando con humanismo, empatía, responsabilidad, honestidad y compromiso y ser capaces de edificar un mejor nivel de vida para la población y avanzar firmes hacia un futuro mejor.

VALORES

Los valores que maneja El Sistema Municipal Para El Desarrollo Integral De La Familia de Tlachichuca son: Honestidad, Trabajo, Familia, Servicio, Respeto, Responsabilidad, Justicia, Educación, Solidaridad.

OBJETIVO

Promover el bienestar social y brindar servicios de asistencia, para una integración que favorezca a las familias, apoyando el desarrollo físico y mental de la niñez, de los adultos mayores y a los discapacitados, promoviendo la educación que favorezca el desarrollo integral de las familias.

Facilitar y gestionar apoyo con instituciones de Asistencia Social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos y de las personas con discapacidad, por medio de la asistencia jurídica, encaminada a la obtención del bienestar social.



II.- FUNDAMENTACION LEGAL

Dirección General del Sistema DIF Municipal

Publicada el 5 de febrero de 1917. Vigente.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.

Publicada el 2 de febrero de 2017. Vigente

Fundamentación legal de desarrollo comunitario.

Ley de Asistencia Social Publicada el 2 de septiembre de 2004. Vigente.

Ley General de Salud Publicada el 7 de febrero de 1984. Vigente.

Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores Publicada el 29 de junio de 2002. Vigente.

Ley de Protección del Adulto Mayor para el Estado de Puebla Publicada el 29 de diciembre de 2000. Vigente.

Ley Estatal de Salud Publicada el 15 de noviembre de 1994. Vigente

Ley de Asistencia Social

Fundamentación legal de coordinación de alimentos.

Publicada el 2 de septiembre de 2004. Vigente.

Ley General de Salud.

Publicada el 7 de febrero de 1984. Vigente.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla.

Publicada el 2 de octubre de 1917. Vigente.

Ley Orgánica Municipal.

Publicada el 23 de marzo de 2001. Vigente.

Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla. Publicada el 19 de diciembre de 2003. Vigente.

Ley Sobre El Sistema Estatal de Asistencia Social. Publicada el 5 de agosto de 1986. Vigente.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Puebla.

Publicada el 31 de diciembre de 2011. Vigente.

Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.

Publicada el 21 de septiembre de 2011. Vigente.

Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria 2015 (EIASA).

Decreto del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales.

Manual de Operación del Sistema Integral de Información de Padrones Gubernamentales.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA1-2013 "Para La Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo".

Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria 2015 (EIASA).

Decreto del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales.

Fundamentación legal de coordinación jurídico

Ley de Asistencia Social.

Publicada el 2 de septiembre de 2004. Vigente.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Publicada el 4 de diciembre de 2014. Vigente.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Publicada 2 de febrero de 2017.



Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado.

Publicada el 6 de agosto de 2007. Vigente.

Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Puebla. Publicado el 9 de agosto de 2004. Vigente.

Código Civil del Estado de Puebla. Publicado el 21 de enero de 2004. Vigente

Fundamentación legal de la coordinación de salud

Ley General de Salud Publicada el 7 de febrero de 1984. Vigente.

Ley de Asistencia Social

Publicada el 2 de septiembre de 2004. Vigente.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla

Publicada el 2 de octubre de 1917. Vigente.

Ley Estatal de Salud Publicada el 14 de noviembre de 1994. Vigente.

Ley para las Personas con Discapacitadas del Estado de Puebla Publicada el 12 de enero de 2009

Fundamentación legal del área de salud mental

Ley General de Salud Publicada el 7 de febrero de 1984. Vigente.

Ley de Asistencia Social Publicada el 2 de septiembre de 2004. Vigente.

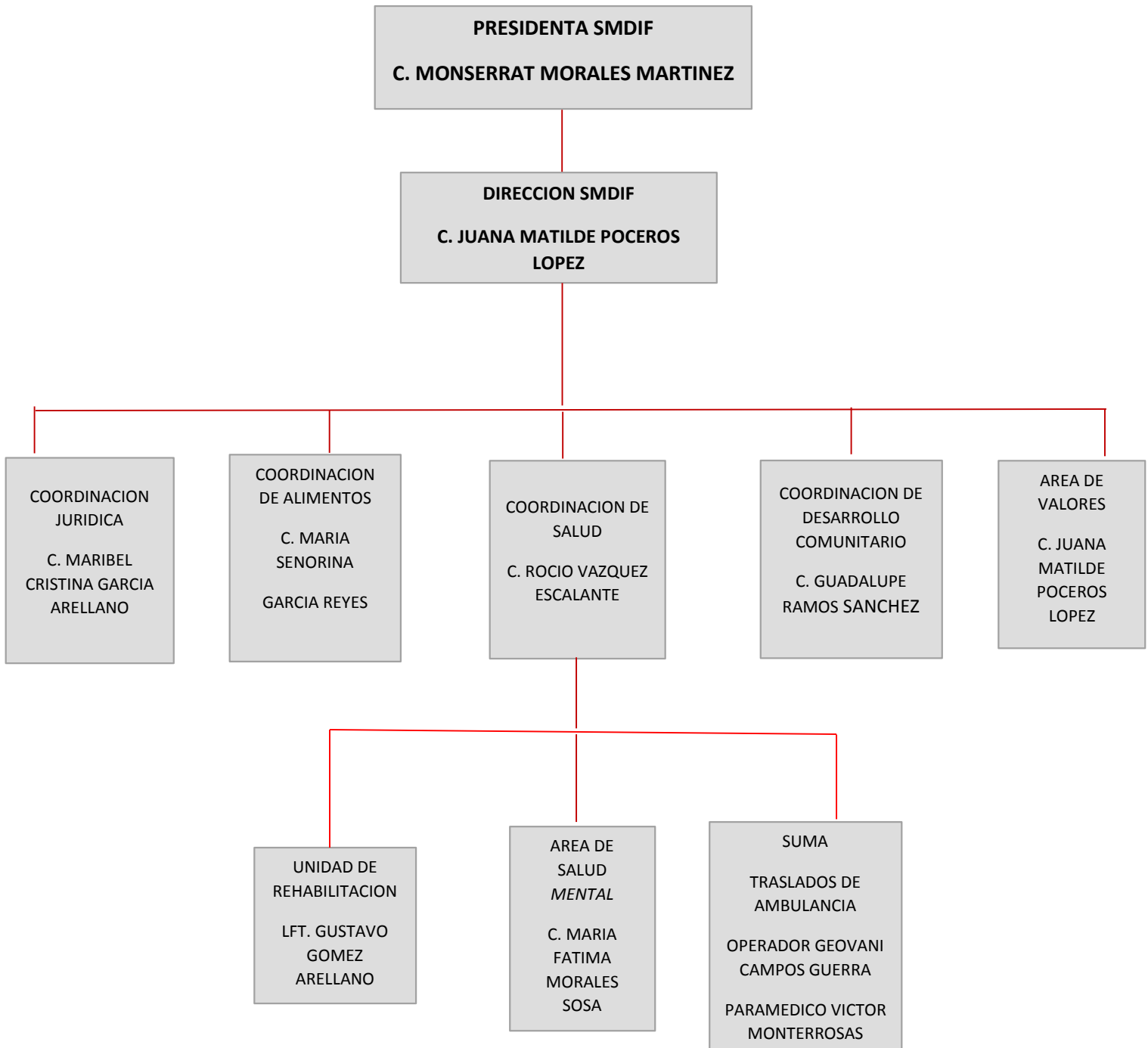
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla Publicada el 2 de octubre de 1917. Vigente.

Ley Estatal de Salud Publicada el 14 de noviembre de 1994. Vigente.

Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla Publicada el 12 de enero de 2009



I. III ORGANIGRAMA GENERAL DEL SMDIF



Dirección General del DIF Municipal

- Reportes semanales de Coordinaciones
- Recepción de reportes y cronogramas de actividades semanales
- Entrega de reportes y cronogramas a contraloría

OBJETIVO:

Conocer las actividades de las Coordinaciones realizadas y por realizar para mejor manejo de cada una de ellas.

Dirección General del DIF Municipal



I.IV. Descripción de procedimientos de Dirección General

| Responsable | Descripción de Actividades | |
|-------------------|--|--|
| Dirección General | Inicio del Procedimiento Instruye a los titulares de coordinaciones para la entrega de los reportes semanales y cronograma. | N/A |
| Coordinaciones | Elabora el reporte semanal a dirección | Escrito en Word, solo texto. |
| Coordinaciones | Entrega de reporte el día jueves | Escrito en Word, solo texto |
| Dirección General | Recibe, organiza, verifica y agenda con anticipación actividades a realizar de las Coordinaciones. | Formato de cronograma de actividades y reporte |
| Dirección General | Entrega los reportes y cronograma semanal | Formato de cronograma de actividades y reporte |
| Dirección General | Entrega a contraloría los reportes y el cronograma vía correo electrónico | |

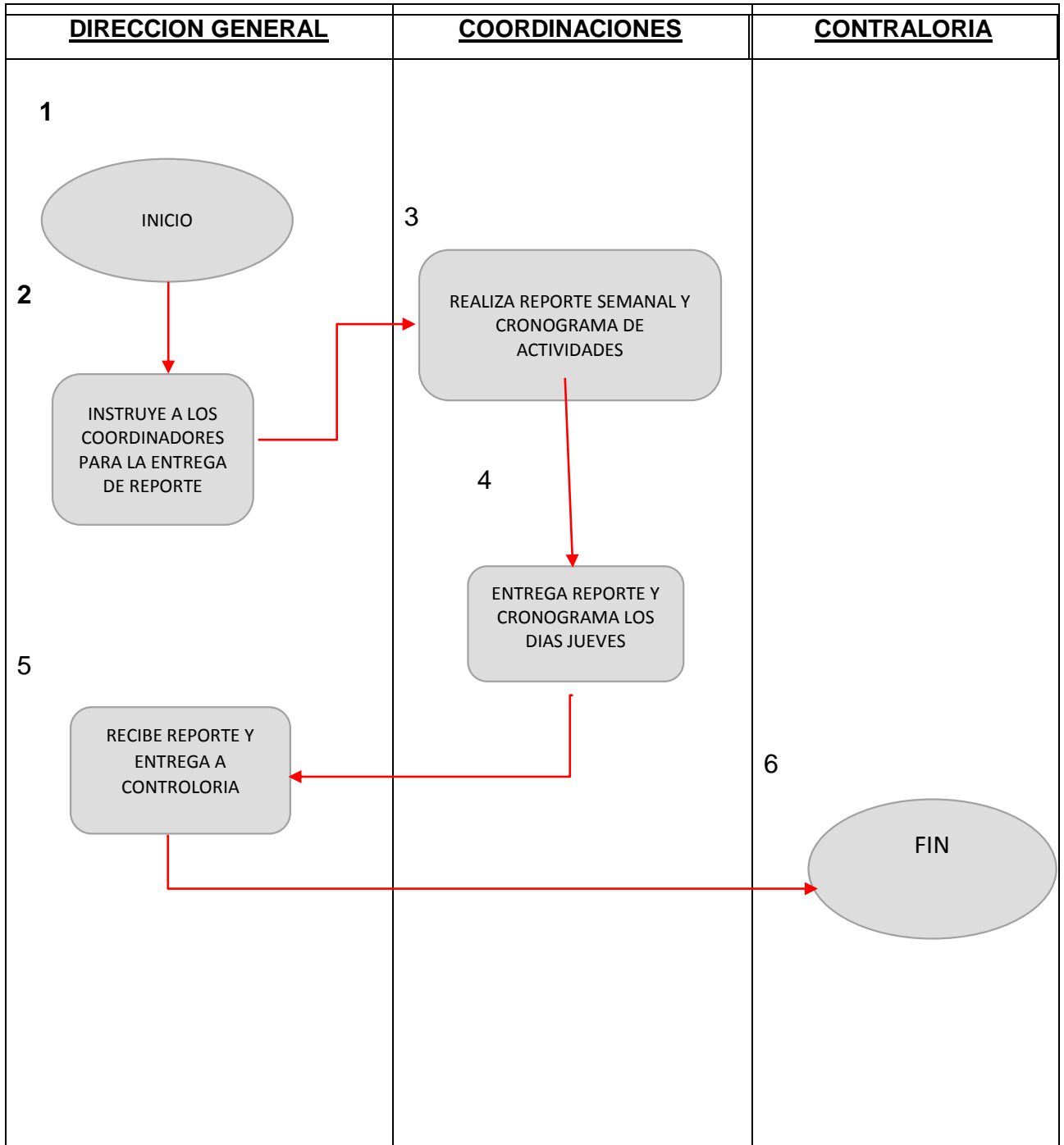


I.V NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE DIRECCIÓN GENERAL

| | |
|---|--|
| El personal deberá cumplir con brindar un servicio de calidad y eficacia y realizar en el menor tiempo posible las gestiones requeridas por los ciudadanos. | Las resoluciones de servicios se cumplirán con los procedimientos establecidos por el reglamento y normas del funcionamiento de los programas de ejecución |
|---|--|



I.VI. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA DIRECCIÓN DEL SMDIF



II. AREA DE VALORES HUMANOS



Como propósito de responder a la situación y problemática actual que viven los adolescentes y jóvenes del municipio y en conjunto con el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF), se implementó el proyecto “AL RESCATE DE LOS VALORES”, en las escuelas de la cabecera municipal y sus comunidades, con la finalidad de cubrir las necesidades de integración, desarrollo y fortalecimiento familiar, retomando los valores en la vida diaria de cada persona.

MISION

Es interés del SMDIF cubrir las necesidades de integración, desarrollo y fortalecimiento familiar

en nuestra comunidad retomando los valores en la vida diaria de cada persona.

VISION

Talleres destinados a alumnos, madres y padres, con el fin de fortalecer las virtudes de la familia y habilitar sus capacidades como padres responsables de dicha tarea en la cual se trabaje la prevención a las adicciones como parte del compromiso hacia la paz y armonía entre padres e hijos, maestros y alumnos en la sociedad.

OBJETIVO

Rescatar y reforzar la práctica de los valores en la vida de las personas, en la adquisición de los derechos y obligaciones, viviendo la armonía entre padres e hijos, maestros y alumnos con la sociedad como ciudadanos libres y responsables.

II.I. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO DEL AREA DE VALORES



| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| | Inicio del Procedimiento | |
| Institución Educativa | Solicita pláticas y talleres sobre los valores dirigido a niños, jóvenes, adolescentes y padres de familia. | Oficio de solicitud. |
| Dirección General | Recibe oficio de solicitud de taller que especifique el tema a desarrollar. | Oficio de solicitud. |
| Responsable enlace de valores. | Acude en tiempo y forma a brindar la plática y/o taller a la institución o dependencia que así lo solicitó. | N/A |
| Institución Educativa. | Recibe la plática y/o taller. | N/A |
| Responsable de valores | Solicita listado de asistentes con firma y sello de la institución o dependencia para su justificación, junto con evidencia fotográfica. | Lista de asistencia |
| Responsable enlace de valores | Realiza informe de evidencias para archivo, | informe. |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 1 día hábil. | |

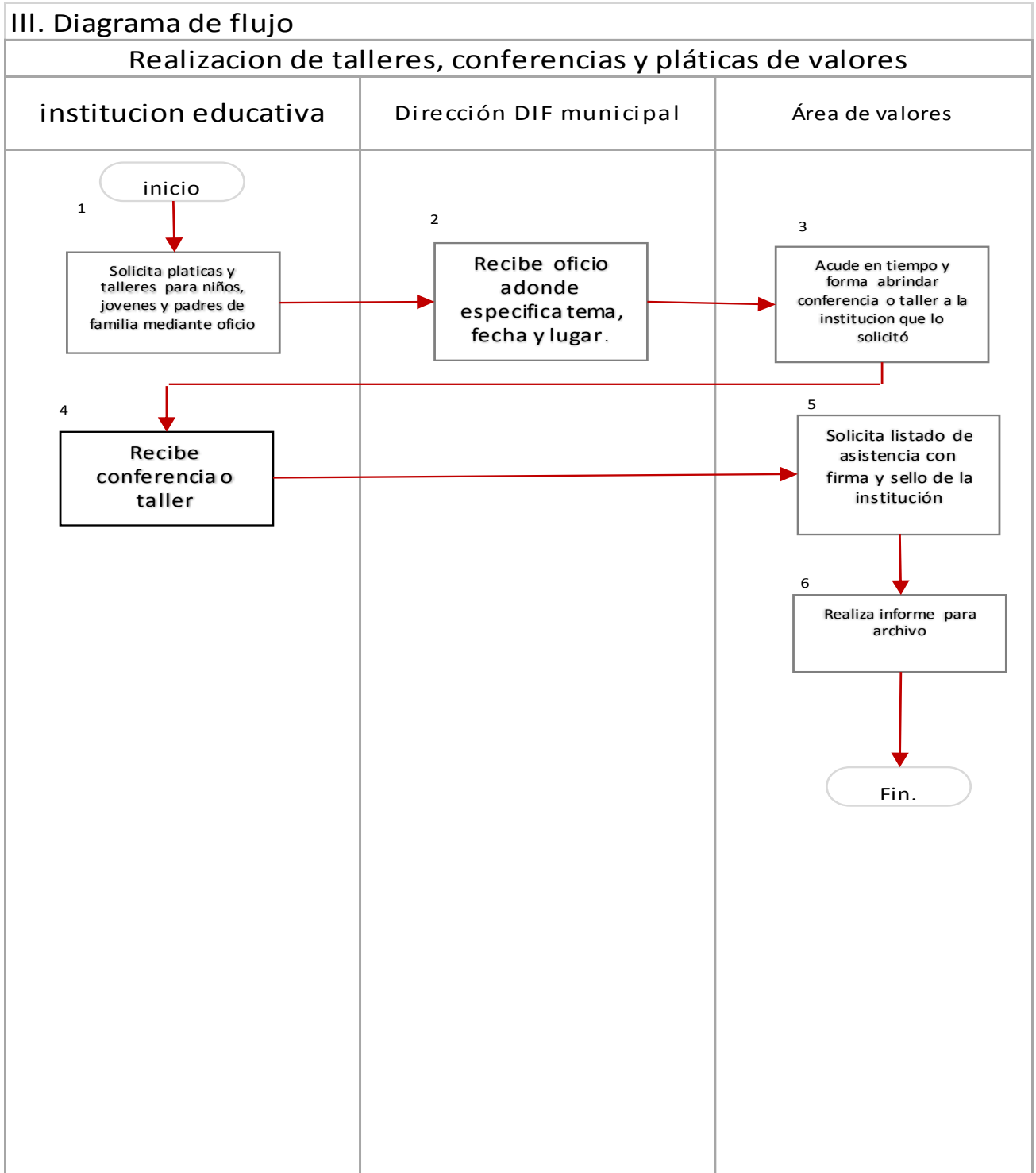


II.II NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE ÁREA DE VALORES

| Normas de operación | Políticas de operación. |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Diseñar actividades para la convivencia familiar de carácter lúdico-educativo, de esparcimiento y fomento de valores, a fin de fortalecer la dinámica de las familias del Municipio y sus comunidades. -Diseñar el contenido de los talleres socioeducativos que se implementen en el ámbito escolar tendientes a prevenir riesgos psicosociales y fomentar la práctica de los valores. -Promover el desarrollo integral de la familia, a través del enfoque de la perspectiva familiar y comunitaria a través de la vivencia de valores. | <p>Este procedimiento está dirigido para las instituciones educativas y padres de familia que requieran los talleres de valores.</p> <p>Las instituciones interesadas deberán girar un oficio dirigido a la presidenta del sistema DIF Municipal, especificando el tema, hora, día y lugar donde se pretende llevar a cabo.</p> |



III. Diagrama de flujo



III. COORDINACIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

La Coordinación tiene como finalidad contribuir a que los adultos mayores del Municipio de Tlachichuca tengan la atención social mediante el acondicionamiento de un lugar agradable y seguro, con actividades que los mantenga felices y ocupados, así como la atención preventiva y de autocuidado.

Una de las principales tareas de esta Coordinación es motivar a los adultos mayores para que no se abandonen y conozcan nuevas formas de adaptarse a los cambios de vida, formando grupos de amigos conviviendo, ejercitándose, aprendiendo y vigilando que se respeten sus derechos

1. Inclusión de Adultos Mayores A grupo gerontológico.
2. Supervisión de refugios temporales.
3. Elaboración del reporte mensual a delegación regional de SEDIF

MISION

Promover el desarrollo integral de los habitantes y las comunidades del municipio, a través de la tenacidad y esfuerzos que se realicen, mejorando la calidad de los programas, talleres o cursos logrando con ello el bienestar y desarrollo social.

VISION:

Construir centros comunitarios, haciendo de cada uno de ellos una intervención comunitaria promoviendo y creando los espacios para que participen desde un campo de los diferentes sectores de la sociedad (público, académico, social, cultural y deportivo) con la finalidad de que sean utilizados para la sociedad en general para beneficio y desarrollo propio.

OBJETIVO:

Promover e impulsar formas de intervención con calidad y eficiencia social para contribuir en los procesos de desarrollo social y cultural de la comunidad con el propósito de un mejoramiento a las condiciones de vida de los integrantes de la comunidad, permitiendo que los adultos mayores formen parte de las actividades que se realizan en el grupo, para mejoramiento a las condiciones de vida de quienes lo integran.



III. I. Descripción de procedimientos inclusión a grupo gerontológico.

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|--|---|---------|
| Solicitante | Inicio del Procedimiento Asiste al SMDIF para recibir información acerca del grupo al que formara parte | N/A |
| Coordinación de Desarrollo comunitario | Le da información verbalmente al solicitante sobre los requisitos solicitados. | N/A |
| Solicitante | Recibe información. | N/A |
| Solicitante | Regresa a la Coordinación con los documentos requeridos: <ul style="list-style-type: none"> • Copia Acta de Nacimiento. • Copia CURP • Copia INE • Comprobante de domicilio. Para ya poder formar parte del grupo | N/A |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Integra el expediente con los requisitos que entregó el solicitante. | N/A |
| Solicitante | Una vez completo el expediente, se integra a las actividades de grupo gerontológico. Fin del Procedimiento | N/A |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 6 días hábiles. | |



III.II ACTIVIDADES DEL GRUPO GERONTOLÓGICO.

OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores motivando su vida adulta, realizando actividades de su interés.

III.II. Descripción de procedimiento de actividades del grupo gerontológico.

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|--|--|---------|
| Adulto Mayor | Inicio del Procedimiento Una vez realizado el procedimiento de inclusión al grupo gerontológico el Adulto Mayor accede al taller. | N/A |
| Adulto Mayor | Llega en horario acordado , se registra y realiza sus las actividades correspondientes | N/A |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Apoyo y orientador en las actividades que se realizan | N/A |
| Adulto Mayor | Una vez realizadas las actividades se dirigen a su hogar. FIN | N/A |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 1 día hábil | |



III.III. Descripción de procedimientos de reporte de clima

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|--|---|---------|
| Coordinación de desarrollo comunitario | Inicio del Procedimiento La Coordinadora hace el llenado del reporte emitido por la Delegación Regional del SEDIF. | Informe |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Un día antes de la entrega del reporte se imprime un formato y se integra la evidencia del mismo. | Informe |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Lo turna a la oficina de la presidenta del Sistema DIF Municipal para validación, firma y sello. | Informe |
| Presidenta SMDIF | Firma y sella el reporte y la evidencia para entregarlo a la Coordinadora. | Informe |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Recibe el reporte con evidencia firmado y sellado y lo fotocopia en 2 tantos. | Informe |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Se dirige a delegación y entrega reporte con evidencia. | Informe |
| Delegación Regional del SEDIF | Firma y sella de recibido las dos copias restantes. | Informe |
| Coordinación de desarrollo comunitario | Recibe una copia del expediente y lo turna a la oficina para después archivar en la carpeta correspondiente. | Informe |



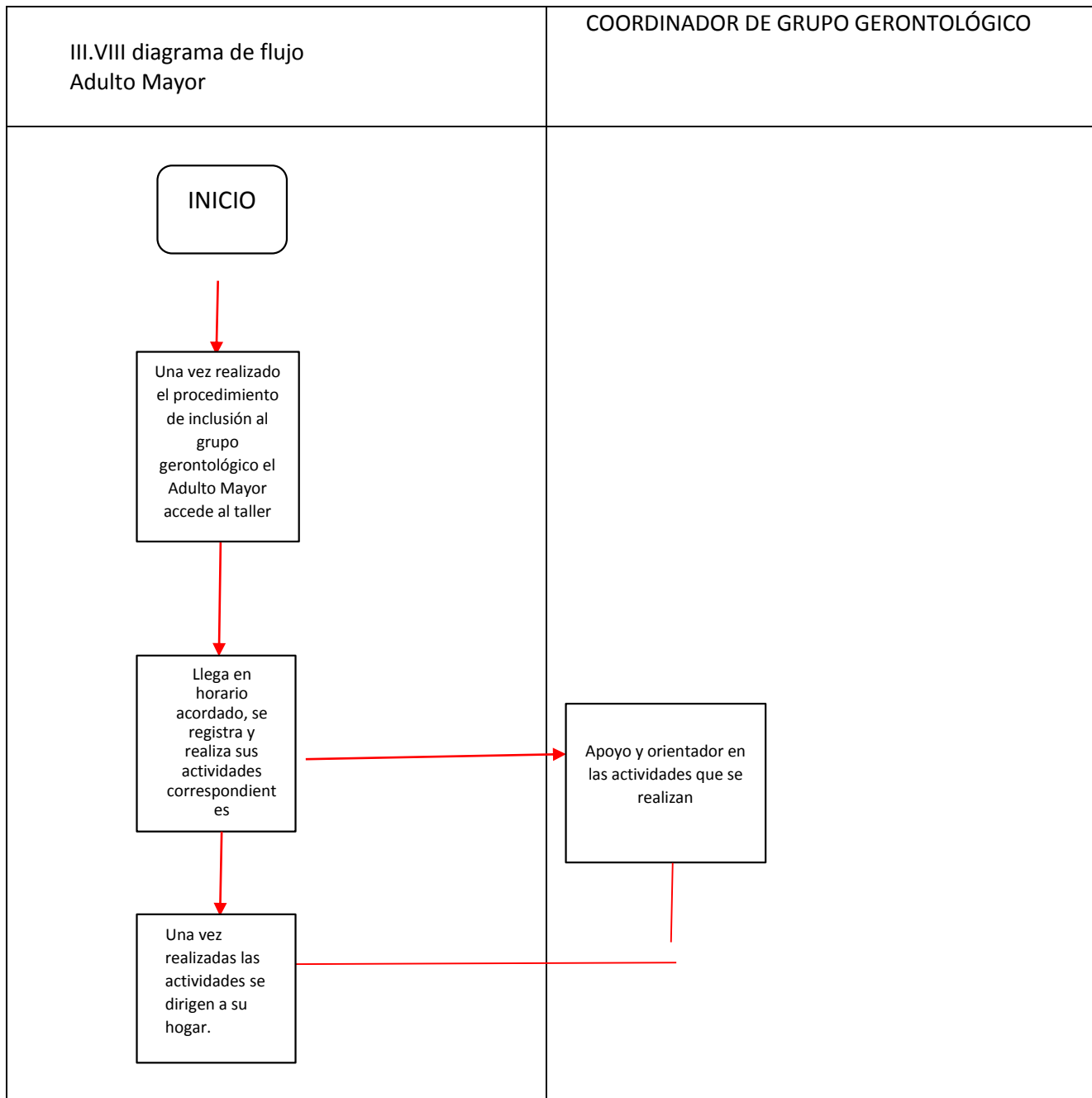
III.IV. NORMAS Y POLÍTICAS DE DESARROLLO COMUNITARIO

| Normas de operación. | Políticas de operación |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Contribuir al empoderamiento del adulto mayor, así como su incorporación en actividades físicas y recreativas que permitan un desarrollo óptimo. - Programar acciones y estrategias que coadyuven a la integración de las personas adultas mayores en el ámbito familiar y social. - Asistencia, los días que se realiza taller. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar información al solicitante. 2. Presentar los requisitos solicitados. 3. En los horarios de atención 9:00 a.m. a 5:00 p.m. <p>Los servicios están orientados para adultos mayores de 60 años en adelante.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los reportes o informes se entregan de acuerdo al calendario emitido por el SEDIF. 2. El informe se entrega en Delegación 13 ciudad Serdán en 2 tantos original y acuse. 3.-Evidencia fotográfica de las actividades que realiza la presidenta del SMDIF . |

III.V. DIAGRAMA DE FLUJO DE COORDINACION DE DESARROLLO



COMUNITARIO



III.VI Glosario de Términos

Adulto Mayor: Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona.

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

SEDIF: Sistema Estatal DIF

D.O.F: Diario Oficial de la Federación



III. VII ANEXO DE FORMATOS

solicitud de apoyo económico.

C. MIGUEL GUADALUPE MORALES ZENTENO
PRESIDENTE MUNICIPAL DE
TLACHICHUCA, PUEBLA

PRESENTE

EL QUE SUSCRIBE C. _____ SE DIRIGE A
USTED DE LA MANERA MAS ATENTA Y RESPETUOSA PARA SOLICITARLE SU APOYO PARA

QUE SE UTILIZARA PARA

ESPERANDO CONTAR CON SU VALIOSO APOYO QUEDO DE USTED.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA

Activa
Ve a Co
Window



Formato de agradecimiento de apoyo.

C. MIGUEL GUADALUPE MORALES ZENTENO
PRESIDENTE MUNICIPAL DE
TLACHICHUCA, PUEBLA
PRESENTE

EL QUE SUSCRIBE _____ AGRDECE
SU APOYO EL CUAL CONSISTE EN
UTILIZARA
PARA _____


ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AGRADECE

TLACHICHUCA, PUEBLA A _____ DE _____ DE 2019

Activa
Ve a Co
Window



| | | |
|---|---|---|
|  <p style="font-size: 8px;">SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PUEBLA</p> | <p>DIRECCIÓN DE ECOLOGÍA DE LA SALUD Departamento del Adulto Mayor Programa de Atención al Adulto Mayor (PAAM)</p> | |
| FORMATO PARA SUPERVISIÓN DE GRUPO GERONTOLÓGICO | | |
| <p>Fecha de supervisión: ____ / ____ / 2019 Delegación: _____</p> <p>Municipio: _____ Localidad: _____</p> <p style="text-align: center;">Responsable Municipio: _____ Nombre del Coordinador de Grupo G. _____</p> | | |
| <p>1.- Nombre del Grupo Gerontológico: _____ 2.- Adultos reunidos: <input type="checkbox"/> MUJERES <input type="checkbox"/> HOMBRES</p> <p>3.- Hora de supervisión: _____ 4.- Lugar de supervisión: _____</p> | | |
| DICTAMEN | | |
| <p>5.- Se encontró al grupo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 6.- Está dado de alta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 7.- Lleva control de asistencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8.- Reporta actividades <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 9.- Cuenta con expediente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 10.- Reciben plática mensual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>11.- El coordinador asiste a la capacitación de su delegación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>(si la respuesta es NO, especifique porque: _____</p> <p style="text-align: center;">12.- Actividades que realizan en la hora de la supervisión</p> <p>_____</p> <p>13.- El coordinador de la Delegación otorgó plática a los adultos mayores antes o después de la supervisión</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | | |
| Anexar lista de asistencia y foto | | |
| <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |
| <p>_____ NOMBRE Y FIRMA DE DELEGACIÓN</p> | <div style="border: 1px solid gray; width: 100px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> SELLO DE DELEGACIÓN </div> | <p>_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MUNICIPIO</p> |
| <p>_____ NOMBRE Y FIRMA DEL COORD. DEL GRUPO</p> | | |



IV. COORDINACIÓN DE ALIMENTOS

En este Manual de Procedimientos se contiene la descripción de actividades que la Coordinación de Alimentos sigue para la realización de las funciones, precisando su responsabilidad y participación.

Una de las principales acciones que efectúa esta coordinación es fomentar una correcta alimentación, a través de desayunos calientes y fríos para los menores que asisten a la escuela.

También se cuenta con apoyos alimentarios a través de despensas en los siguientes Programas:

1. Inclusión al Programa de Desayunos Escolares en su Modalidad Caliente.
2. Inclusión al Programa de Desayunos Escolares en su Modalidad Fría.
3. Inclusión de Apoyo Alimentario a Personas con Discapacidad.
4. Inclusión al Programa Iniciando una Correcta Nutrición (INCONUT).
5. Inclusión al Programa Rescate Nutricio.
6. Inclusión de apoyo alimentario al adulto mayor
7. Inclusión al equipamiento y reequipamiento de desayunos escolares



MISIÓN

Apoyar a las personas que más lo necesitan para que tengan una buena nutrición para su bienestar, como parte de los programas de ayuda alimentaria que emprende el sistema estatal SEDIF.

VISIÓN

Erradicar la desnutrición y malnutrición de los sectores de población más vulnerables del municipio de Tlachichuca.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de los programas alimentarios del sedif; contribuyendo al ejercicio pleno del derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad.



IV.I Programa de Desayunos Escolares en su Modalidad Caliente

OBJETIVO

Contribuir al mejoramiento del estado de nutrición de los menores que asisten a la escuela, generando cambios de hábitos en su alimentación que permitan su desarrollo físico e intelectual

IV.I Descripción de procedimientos Desayunos Escolares en su Modalidad Caliente

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|----------------------------------|--|---|
| Delegación regional SEDIF | Abre convocatoria. | Formatos de solicitud de ingreso y/o actualización. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa sobre requisitos y entrega de formatos para nuevo ingreso y/o padrones para actualización y seguimiento. | Acta Supervisión Padrones Fotos |
| Directores/ Padres de familia | Proporciona documentación e información para ingreso al programa o entrega de formatos y padrones actualizados. | Formatos de solicitud de ingreso o actualización de padrones. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Coordinación recibe documentación para nuevo ingreso y revisa, firma y sella los padrones actualizados. | Acta Supervisión Padrones Fotos |
| Delegación regional SEDIF | Recibe padrones y documentos correspondientes. | Acta Supervisión Padrones Fotos |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba y actualiza solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa a las escuelas que su estancia en el programa sigue vigente. | N/A |
| Directores/ Padres de Familia | Espera la fecha de entrega de apoyo. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Entrega apoyo. | Facturas de insumos de despensa. |



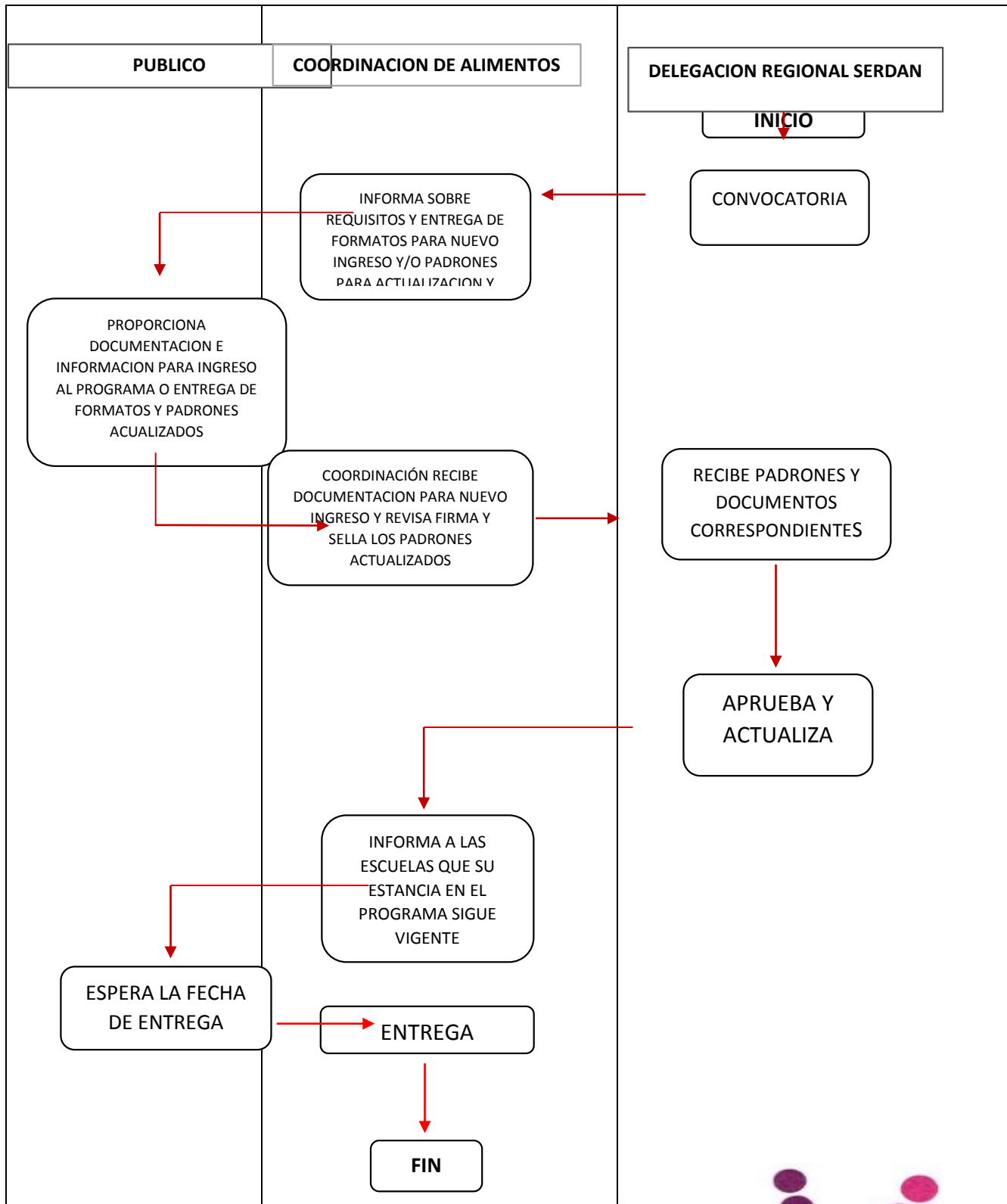
| | | |
|-------------------------------------|------------------|--|
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 90 días hábiles. | |
|-------------------------------------|------------------|--|



IV.II NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE COORDINACIÓN DE ALIMENTOS

| Normas de operación | Políticas de Operación |
|--|---|
| <p>programas y estrategias de asistencia alimentaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar la operatividad de los Programas de Desayunos Escolares, de acuerdo a la normatividad aplicable. - Recibir y evaluar las solicitudes de padres de familia y directivos de escuelas que soliciten la inscripción a los Programas de Desayunos Escolares, así como analizar su viabilidad. - Generar corresponsabilidad con los enlaces comunitarios y padres de familia de escuelas inscritas en los programas alimentarios, con la finalidad de ejecutar un correcto funcionamiento de dichos programas. - Coordinar con delegación 13, DIF municipal, y beneficiarios, la entrega de las despensas de programas alimentarios. -Impartir talleres, pláticas y cursos de orientación alimentaria que permitan mejorar el estado nutricional y fomentar hábitos alimentarios saludables. -Verificar que el mobiliario y equipo de cocina de los centros alimentarios se encuentren en buenas condiciones. <p>Capacitar a los Comités de desayunadores para el uso adecuado de los recursos.</p> | <p>alimentarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presentar documentación solicitada en horario de atención de oficina del Sistema DIF Municipal es de 9:00 a 17:00 hrs. -Realizar trámite correspondiente para incorporación al programa de apoyo alimentario y posterior recibir el apoyo. -Los servicios de desayunadores escolares están dirigidos a escuelas de nivel Primaria, Secundaria. -Coordinar en tiempo y forma la entrega de insumos con los comités de desayunadores escolares en modalidad fría y caliente. |





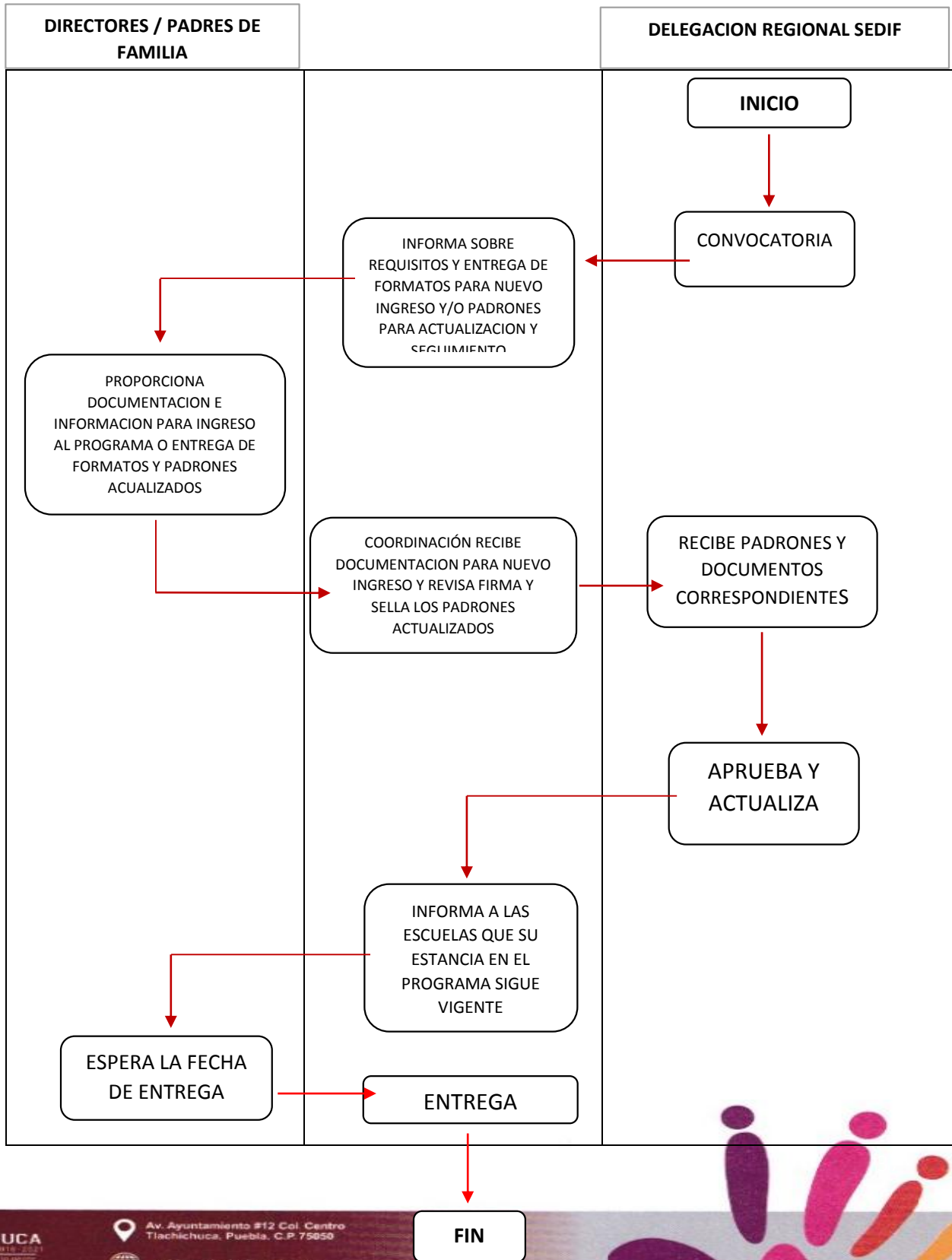
IV.III DIAGRAMA DE FLUJO DE DESAYUNOS ESCOLARES MODALIDAD CALIENTE

IV.IV DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DESAYUNOS ESCOLARES EN SU MODALIDAD FRIO

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|----------------------------------|--|---|
| Delegación regional SEDIF | Abre convocatoria. | Formatos de solicitud de ingreso y/o actualización. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa sobre requisitos y entrega de formatos para nuevo ingreso y/o padrones para actualización y seguimiento. | Acta Supervisión Padrones Fotos |
| Directores/ Padres de familia | Proporciona documentación e información para ingreso al programa o entrega de formatos y padrones actualizados. | Formatos de solicitud de ingreso o actualización de padrones. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Coordinación recibe documentación para nuevo ingreso y revisa, firma y sella los padrones actualizados. | Acta Supervisión Padrones Fotos |
| Delegación regional SEDIF | Recibe padrones y documentos correspondientes. | Acta Supervisión Padrones Fotos |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba y actualiza solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa a las escuelas que su estancia en el programa sigue vigente. | N/A |
| Directores/ Padres de Familia | Espera la fecha de entrega de apoyo. | N/A |

v.v. DIAGRAMA DE FLUJO AL PROGRAMA DE DESAYUNADORES ESCOLARES EN SU MODALIDAD FRIO





OBJETIVO contribuir a la alimentación de los menores de entre 1 a 3 años de edad cumplidos

IV. VI. PROCEDIMIENTO DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA ALIMENTARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

OBJETIVO:

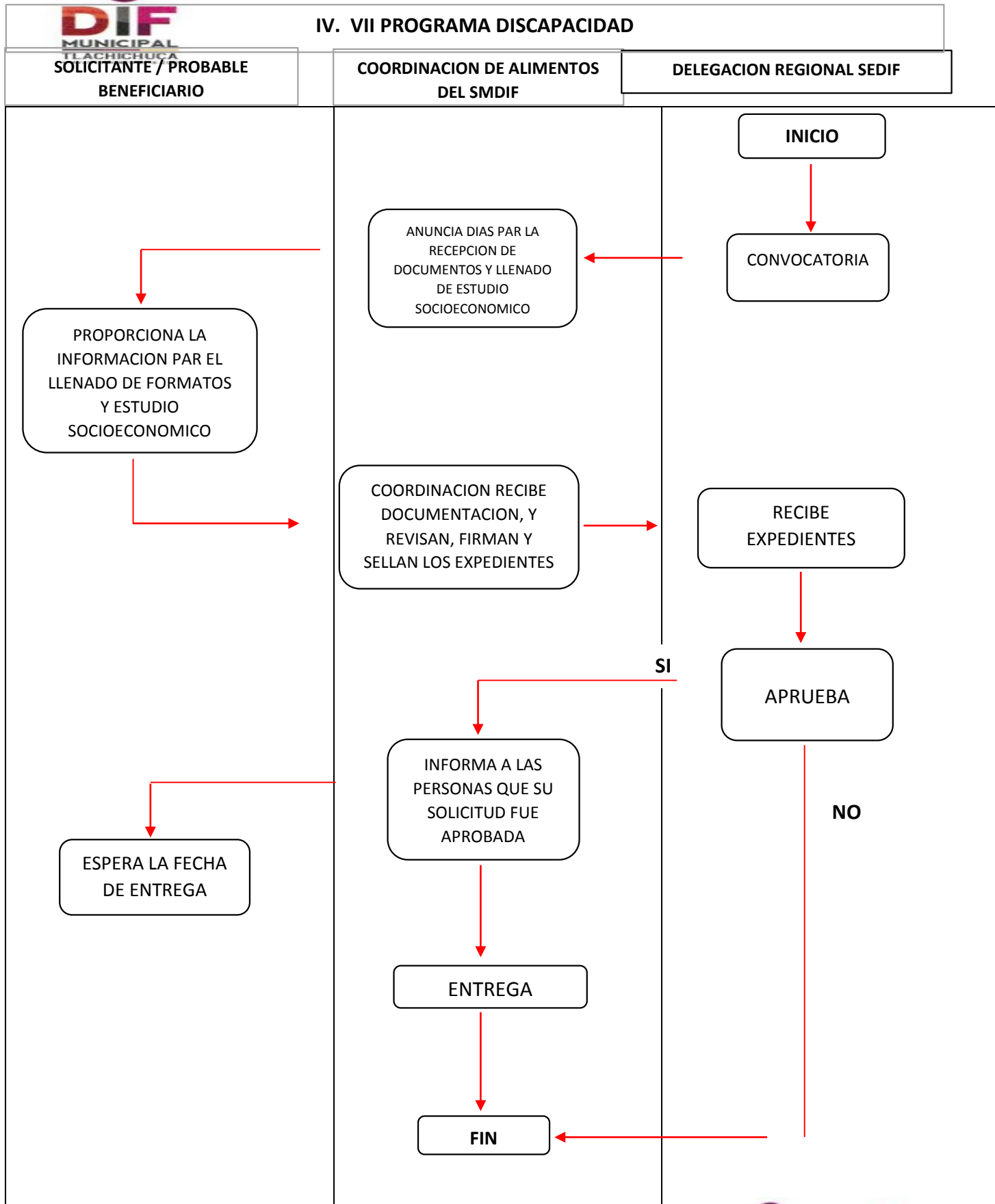
Mejorar la nutrición de las personas con algún tipo de discapacidad y que no tengan recursos económicos suficientes para salir adelante.

IV.VI Descripción del Procedimiento

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|-------------------------------------|---|---|
| Delegación regional SEDIF | Abre convocatoria. | Formatos de solicitud de ingreso. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Anuncia fechas para la recepción de documentos y llenado de formatos. | Formato de registro y estudio socioeconómico. |
| Solicitante | Proporciona documentación e información para ingreso al programa. | Requisitos (documentos oficiales en copia). |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Recibe documentos y revisa, firma y sella expedientes de los solicitantes, para su ingreso. | Formato de estudio socioeconómico. |
| Delegación regional SEDIF | Recibe expedientes físicos y en digital. | Expedientes (formatos de estudio socioeconómico). |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa al solicitante que ha sido aceptado en el programa. | N/A |
| Solicitante | Espera la fecha de entrega de apoyo. | N/A |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 90 días hábiles. | |



IV. VII PROGRAMA DISCAPACIDAD

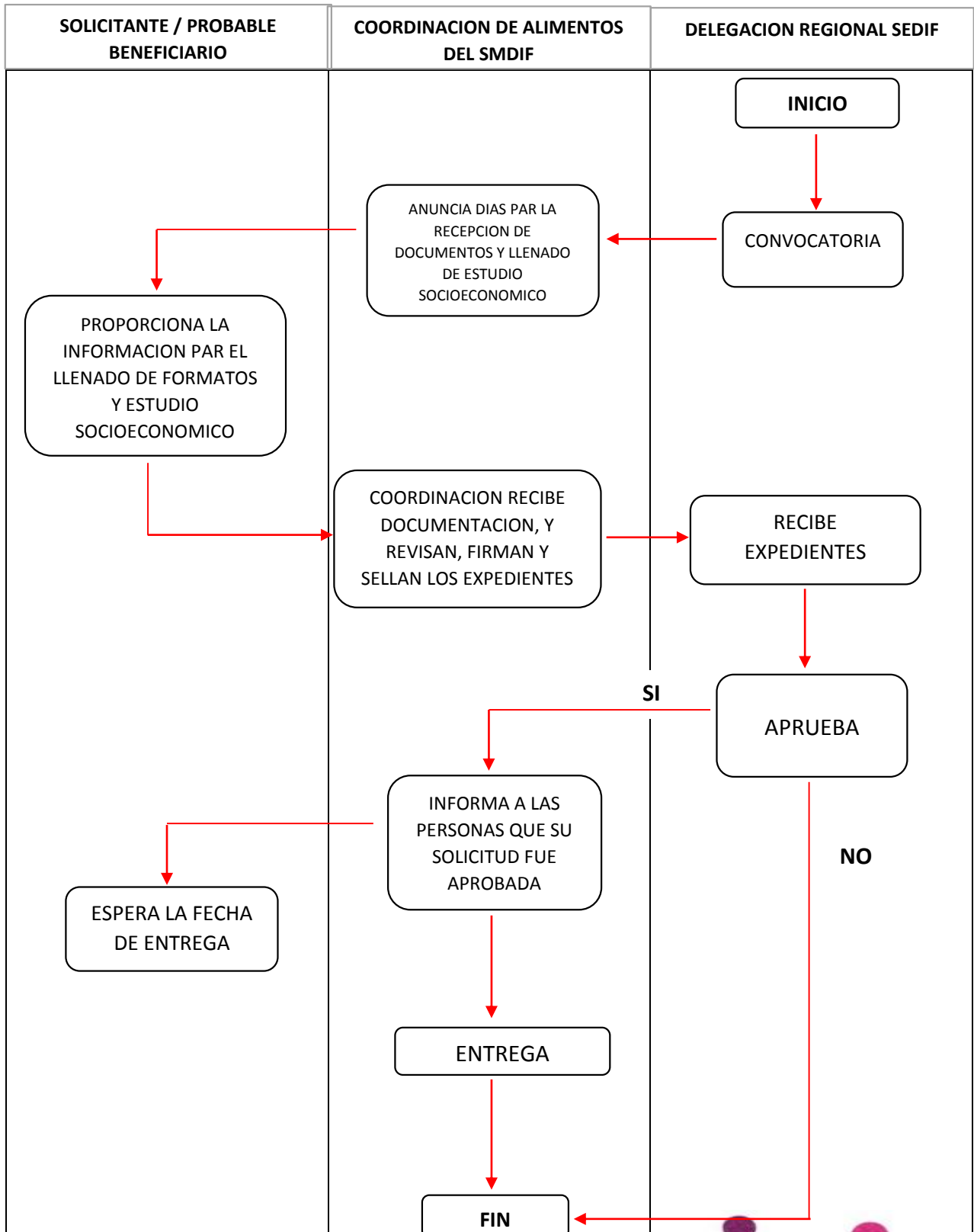


IV.IX DIAGRAMA DE FLUJO DE INCONUT

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|---------------------------------|---|---|
| Delegación regional SEDIF | Abre convocatoria. | Formatos de solicitud de ingreso. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Anuncia fechas para la recepción de documentos y llenado de formatos. | Formato de registro y estudio socioeconómico. |
| Solicitante | Proporciona documentación e información para ingreso al programa. | Requisitos (documentos oficiales en copia) |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Recibe documentos y revisa, firma y sella expedientes de los solicitantes, para su ingreso. | Formato de estudio socioeconómico. |
| Delegación regional SEDIF | Recibe expedientes físicos y en digital. | Expedientes (formatos de estudio socioeconómico). |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa al solicitante que ha sido aceptado en el programa. | N/A |
| Solicitante | Espera la fecha de entrega de apoyo. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Entrega apoyo. | Listado de beneficiarios para firma de recibido. |
| Tiempo de Procedimiento de | 90 días hábiles. | |

IV. X Programa rescate nutricional.





OBJETIVO

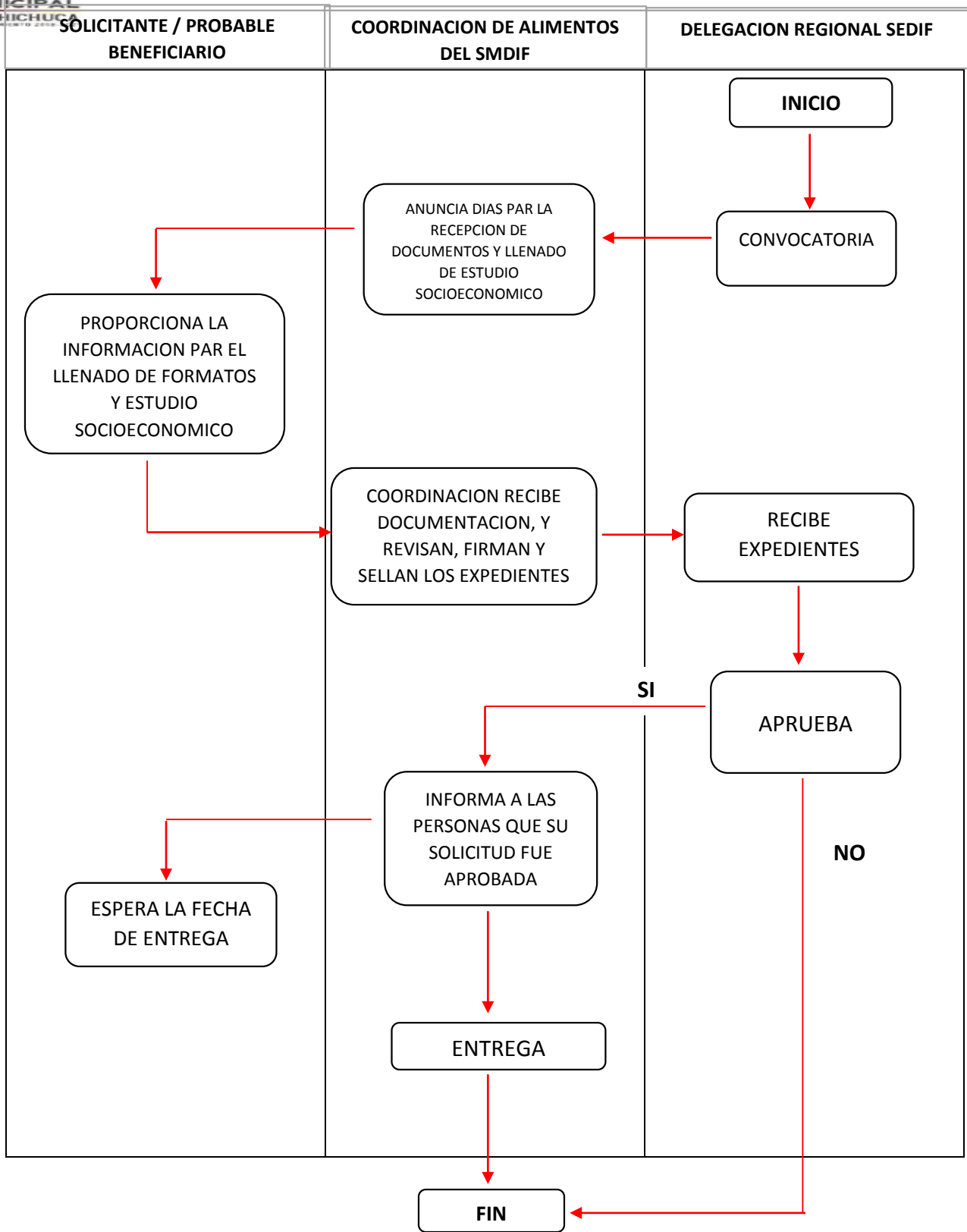
Atender a niñas y niños de 2 a 12 años de edad, que tengan desnutrición, proporcionando un apoyo que contenga alimentos de calidad nutricia y un complemento alimenticio que sea adecuado para su edad, esto con la finalidad de mejorar su salud y crecimiento.

IV.X Descripción de procedimiento de inclusión al programa alimentario rescate nutricional.

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|---------------------------------|---|---|
| Delegación regional SEDIF | Abre convocatoria. | Formatos de solicitud de ingreso. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Anuncia fechas para la recepción de documentos y llenado de formatos. | Formato de registro y estudio socioeconómico. |
| Solicitante | Proporciona documentación e información para ingreso al programa. | Requisitos (documentos oficiales en copia). |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Recibe documentos y revisa, firma y sella expedientes de los solicitantes, para su ingreso. | Formato de estudio socioeconómico. |
| Delegación regional SEDIF | Recibe expedientes físicos y en digital. | Expedientes (formatos de estudio socioeconómico). |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa al solicitante que ha sido aceptado en el programa. | N/A |
| Solicitante | Espera la fecha de entrega de apoyo. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Entrega apoyo. | Listado de beneficiarios para firma de recibido. |



IV. XI DIAGRAMA DE FLUJO RESCATE NUTRICIO



IV. XII PROGRAMA ALIMENTACIÓN AL ADULTO MAYOR



Objetivo:

Mejorar la nutrición de las personas con algún tipo de discapacidad y que no tengan recursos económicos suficientes para salir adelante.

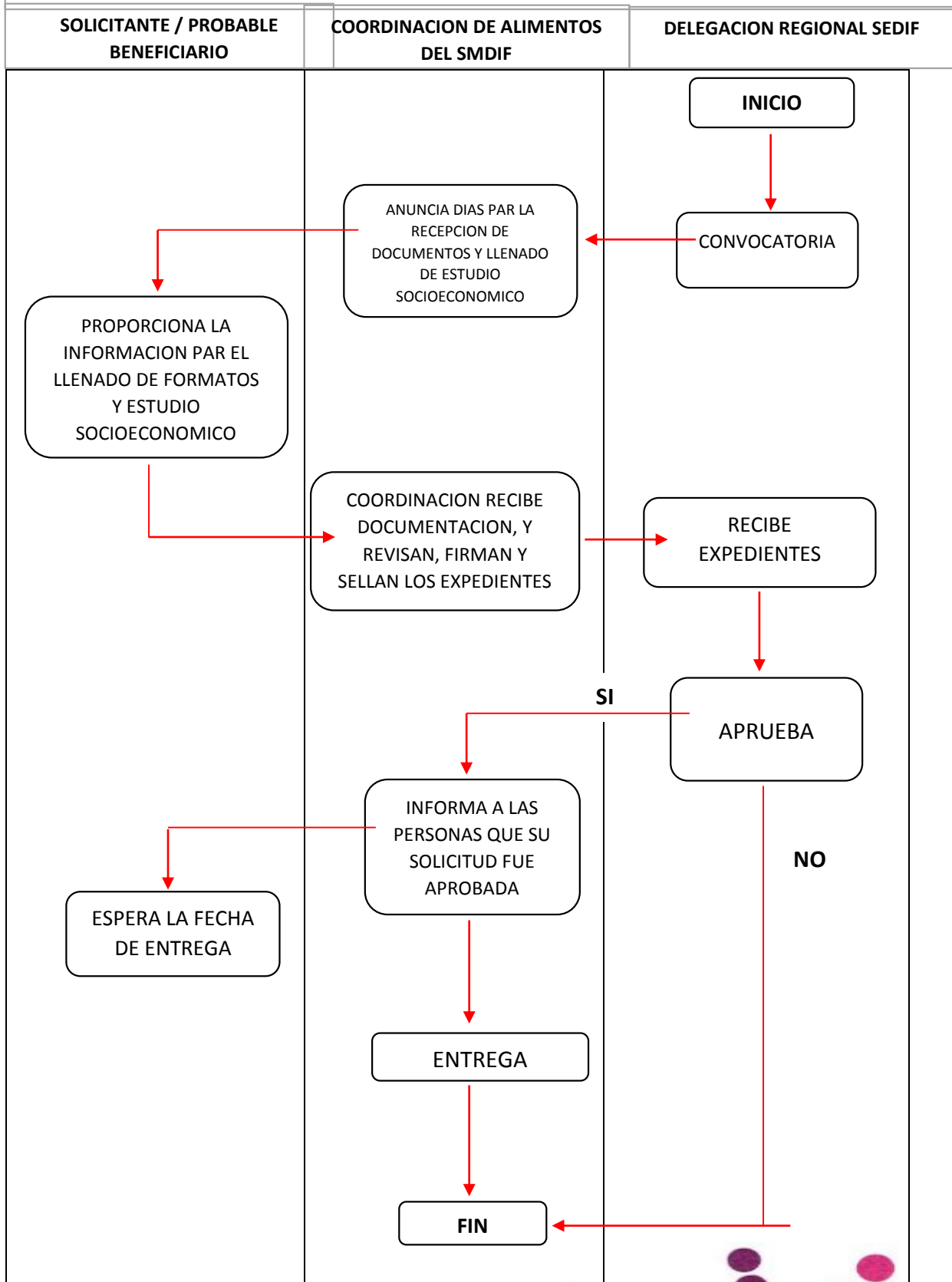
IV. Descripción del procedimiento del programa alimentario para adulto mayor

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|-------------------------------------|---|---|
| Delegación regional SEDIF | Abre convocatoria. | Formatos de solicitud de ingreso. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Anuncia fechas para la recepción de documentos y llenado de formatos. | Formato de registro y estudio socioeconómico. |
| Solicitante | Proporciona documentación e información para ingreso al programa. | Requisitos (documentos oficiales en copia). |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Recibe documentos y revisa, firma y sella expedientes de los solicitantes, para su ingreso. | Formato de estudio socioeconómico. |
| Delegación regional SEDIF | Recibe expedientes físicos y en digital. | Expedientes (formatos de estudio socioeconómico). |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa al solicitante que ha sido aceptado en el programa. | N/A |
| Solicitante | Espera la fecha de entrega de apoyo. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Entrega apoyo. | Listado de beneficiarios para firma de recibido. |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 90 días hábiles. | |

IV.xiv PROCEDIMIENTO DE EQUIPAMIENTO Y REEQUIPAMIENTO DE DESAYUNADORES ESCOLARES.



IV. XIII. DIAGRAMA DE FLUJO PROGRAMA ALIMENTARIO AL ADULTO MAYOR

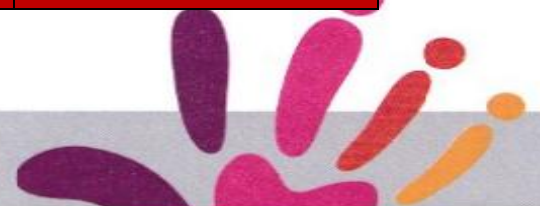


OBJETIVO

Contribuir a mejorar la calidad de los centros alimentarios, mediante equipamiento y reequipamiento de comedores escolares, ubicados en las escuelas, principalmente en aquellas que sean consideradas de muy alta marginación.

IV.XV Descripción de procedimiento

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|--------------|----------------------------|---------|
|--------------|----------------------------|---------|



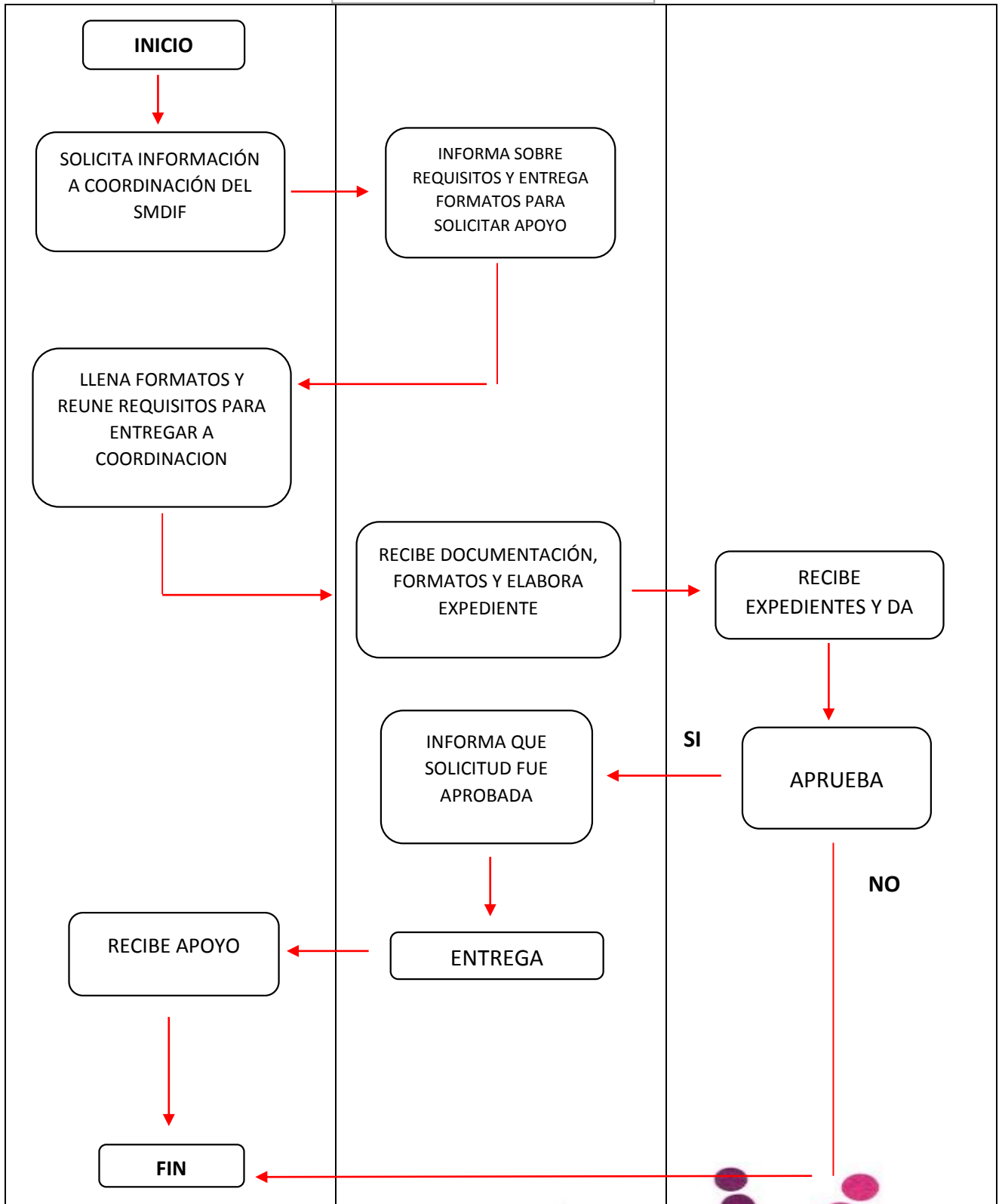
| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Directores/Padres de familia | Solicita información a coordinación del SMDIF. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa sobre requisitos y entrega formatos a los directores/padres de familia para solicitar apoyo. | Formato de registro y estudio socioeconómico. |
| Directores/Padres de familia | Llena formatos y reúne requisitos para entregar a coordinación. | Requisitos (documentos) y formatos. |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Recibe documentos, formatos y elabora expediente del solicitante. | Expediente. |
| Delegación regional SEDIF | Recibe expediente y da resolutivo. | Expedientes (con información solicitada para requisición de apoyo). |
| Delegación regional SEDIF | Aprueba solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Informa al solicitante que ha sido aprobada su solicitud. | N/A |
| Coordinación de Alimentos SMDIF | Entrega. | N/A |
| Directores/Padres de familia | Recibe equipamiento/reequipamiento. | Formato de recibido (firma). |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 90 días hábiles. | |

IV.XVI DIAGRAMA DE FLUJO DE EQUIPAMIENTO Y REEQUIPAMIENTO DE DESAYUNADORES

IV. XVII Glosario de términos



**COORDINACION DE ALIMENTOS
DEL SMDIF**



DIF: Desarrollo Integral de la Familia.

SEDIF: Sistema Estatal DIF.

D.O.F: Diario Oficial de la Federación.

P.O.E: Periódico Oficial del Estado.

EIASA: Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria.

IV.XVII ANEXO DE TODOS LOS FORMATOS DE COORDINACION DE ALIMENTOS



FORMATO DEL PROGRAMA A APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

47.- Practicar deportes () Ir al cine () Visitar familiares () Realizar quehaceres del hogar () Actividades al aire libre () Ver televisión ()
Videojuegos () Otro (): Especificar _____

48.- REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE | DIRECCIÓN | No. TELEFÓNICO |
|--------|-----------|----------------|
| | | |
| | | |

NOTA: Las personas que corroboran la información tienen que vivir en la misma comunidad y es necesario que al menos una de ellas proporcione su número telefónico

49.- OBSERVACIONES

50.- RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

El objetivo del estudio socioeconómico para ingresar a este programa de apoyo alimentario, es corroborar la forma de vida y en general, establecer cuál es el ambiente que rodea a un candidato a beneficiario. Pudiera pensarse que no es determinante para que alguien pueda ingresar al programa, sin embargo, dependiendo de la información que se proporciona, la persona que lo aplica está en condiciones de tomar la decisión si la persona es considerada como posible beneficiaria de asistencia social de acuerdo a las reglas de operación del programa, ya que es quien obtiene la información, puede ver y corroborar físicamente lo que el candidato o madre, padre o tutor está proporcionando en cada respuesta a las preguntas. Por lo anterior, la información es en gran medida responsabilidad de la persona que aplica el presente estudio socioeconómico.

OBLIGATORIO:

**De acuerdo con la información proporcionada,
¿Es posible beneficiario(a) del programa? SI () NO ()**

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIENDO LA REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

a: Este documento tendrá validez si está escrito en su totalidad en los espacios donde se solicitan datos, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el posible beneficiario(a) y/o su madre, padre o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, o que no es congruente con su realidad económica, el SEDIF a través de la Delegación Regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario falta información de carácter obligatorio o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, la responsabilidad es de quien elabora y da el Vo. Bo. en el presente documento. Debido a las características propias de la operación en el mencionado departamento no es posible revisar cada respuesta a cada pregunta y dato solicitados de forma inmediata.

DON.PAAPD-1.2



FORMATO DEL PROGRAMA A APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO | DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y DESARROLLO COMUNITARIO



PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD: El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla con domicilio en calle 5 de Mayo número 1606 col. Centro, C.P. 72000 de la ciudad de Puebla, Puebla es el responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado Puebla y la demás normatividad que resulte aplicable.

DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA, SÓLO SE PODRÁ BENEFICIAR A UN MIEMBRO POR FAMILIA CON ESTE U OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA, POR LO QUE AL ELABORAR EL EXPEDIENTE SE DEBE CONSIDERAR LO MENCIONADO, DE LO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A APLICAR LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____ 1. Fecha de Elaboración _____

2. Nombre de la Persona:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Estado Civil: _____
Día Mes Año

5. Teléfono _____

Sólo si el posible el beneficiario no puede recoger su apoyo por su estado de salud

6. Nombre del Tutor: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

7. Domicilio: Calle: _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia _____ Referencia Domiciliaria: _____

Localidad _____ Municipio _____

8. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC

- FORMATO DE REGISTRO (PRESENTE DOCUMENTO)
- COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y/ O CURP
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL PROGRAMA (ORIGINAL)
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL BENEFICIARIO
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR (en caso de aplicar)
- COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (SI VIVE EN LOCALIDAD MENOR A 10 000 HABITANTES SE ACEPTARA CONSTANCIA VECINDAD ORIGINAL FIRMADA Y SELLADA POR AUTORIDAD LOCAL MUNICIPAL)
- DICTAMEN MÉDICO DE DISCAPACIDAD (EMITIDO POR SS, ORIGINAL, EN HOJA MEMBRETADA, CON SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EXPIDE Y NO. DE CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO), O COPIA DE CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD.
- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da el Vo. Bo.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIENDOLA REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

Nota: este documento deberá estar escrito en su totalidad, en los espacios donde se solicitan datos personales, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el beneficiario o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, el SEDIF a través de la delegación regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario, falta información o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, las responsabilidades de quien elabora y da el Vo. Bo. en el presente documento.



IV. FORMATO DEL PROGRAMA A APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Techos: Concreto () Lámina de asbesto () Lámina de cartón () Lámina metálica () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

til () Consola de videojuegos: ()
os tienen plan fijo: _____ cuantos tienen plan de prepago: _____
29.- VEHICULOS: Cuenta con automóvil o vehículo automotor propio: SI () NO () cuando la respuesta sea SI proporcionar el año y
ti _____

Respiratorias () Gastrointestinales () Dermatológicas () Neurológicas () Cáncer () Hipertensión () Obesidad () Diabetes mellitus ()

33.- ¿EL ENTREVISTADO O ALGÚN MIEMBRO O VARIOS DE SU FAMILIA CONSIDERA QUE TIENE ALGUNA ADICCIÓN? Si _____ No _____
cuántos _____ ¿Cuáles con las Adicciones?
estimulantes () solventes () otras () especifique _____

| Frutas | Verduras | Cereales y Tubérculos | Leguminosas y alimentos de origen animal | Otros |
|-----------|-----------|-----------------------|--|--------------|
| Sandía | Jitomate | Tortilla | Frijoles | Refresco |
| Papaya | Espinacas | Pan | Alverión | Dulces |
| Melón | Acelgas | Tamal | Soya | Aceite |
| Limón | Quelites | Arroz | Huevo | Manteca |
| Naranja | Nopales | Pasta | Leche | Pan de dulce |
| Mandarina | Verdolaga | Papa | Pollo | Tortas |
| Manzana | Zanahoria | Camote | Res | |
| Pera | Calabaza | Avena | Puerco | |
| Durazno | Chayote | Galletas | Quesos | |
| | | Cereales de caja | Pescado | |

35.- Compra alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): SI () NO () ¿Cuánto gasta? \$ _____

36.- Cuántas veces a la semana compra o consume alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): _____

37.- Cuántas veces a la semana tomarefresco: _____

41.- Tiene mascotas en su hogar: SI () No () Total cuantas _____ que tipo: _____

42.- No. de perros (), no. de gatos (), no. de pajaritos () otros: () _____
ti _____ ue tipo: _____

ue tipo

DON.PAAPD-1.1





ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1.- Fecha _____ de aplicación _____
2.- Delegación SEDIF _____ 3.- Municipio _____
4.- Localidad _____

DATOS GENERALES DE LA PERSONA:

5.- Nombre _____ 6.- Sexo _____ 7.-
Edad _____
(Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

8.- Fecha _____ y lugar _____ de nacimiento:
(Día / mes / año) (Lugar)

DATOS DE LA MADRE, PADRE O TUTOR

9.- Nombre de la madre, padre o tutor _____ 10.-
Edad _____
(Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

11.- Estado civil _____ 12.- Escolaridad _____ 13.- Ocupación (en qué trabaja)

(Último grado cursado comprobable)

14.- Nombre de la empresa, lugar o describir el trabajo que
desempeña la madre, padre o tutor _____

15.- Cuántos integrantes o miembros de la familia trabajan _____ 16.- Describir cada uno de los trabajos

17.- ¿El posible beneficiario es o ha sido beneficiado por algún otro programa de asistencia social? Sí _____ No _____
¿Cuál? _____

BAJO PROTESTA HE DICHO LA VERDAD Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA:

18.- Si la respuesta a la pregunta anterior fue "sí", ¿Qué hace con los apoyos recibidos?

19.- ORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA (SOLO QUIEN VIVE EN EL MISMO DOMICILIO)

| Nombre | Edad | Parentesco | Escolaridad comprobable | Ocupación o lugar de trabajo | Ingreso promedio mensual |
|--------|------|------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A ADULTOS MAYORES

Techos: Concreto () Lámina de asbesto () Lámina de cartón () Lámina metálica () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Consola de videojuegos: ()

os tienen plan fijo: _____ cuantos tienen plan de prepago: _____

29.- VEHICULOS: Cuenta con automóvil o vehículo automotor propio: SI () NO () cuando la respuesta sea SI proporcionar el año y

Respiratorias () Gastrointestinales () Dermatológicas () Neurológicas () Cáncer () Hipertensión () Obesidad () Diabetes mellitus ()

33.- ¿EL ENTREVISTADO O ALGÚN MIEMBRO O VARIOS DE SU FAMILIA CONSIDERA QUE TIENE ALGUNA ADICCIÓN? Si _____ No _____
cuántos _____ ¿Cuáles con las Adicciones?
estimulantes () solventes () otras () especifique _____

| Frutas | Verduras | Cereales y Tubérculos | Leguminosas y alimentos de origen animal | Otros |
|-----------|-----------|-----------------------|--|--------------|
| Sandía | Jitomate | Tortilla | Frijoles | Refresco |
| Papaya | Espinacas | Pan | Alverjón | Dulces |
| Melón | Acelgas | Tamal | Soya | Aceite |
| Limón | Quelites | Arroz | Huevo | Manteca |
| Naranja | Nopales | Pasta | Leche | Pan de dulce |
| Mandarina | Verdolaga | Papa | Pollo | Tortas |
| Manzana | Zanahoria | Camote | Res | |
| Pera | Calabaza | Avena | Puerco | |
| Durazno | Chayote | Galletas | Quesos | |
| | | Cereales de caja | Pescado | |

35.- Compra alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): SI () NO () ¿Cuánto gasta? \$ _____

36.- Cuántas veces a la semana compra o consume alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): _____

37.- Cuántas veces a la semana tomarefresco: _____

41.- Tiene mascotas en su hogar: SI () No () Total cuantas _____ que tipo:

42.- No. de perros (), no. de gatos (), no. de pajaritos () otros. () _____
ti ue tipo:

ue tipo

DON.PAAPD-1.1



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO | DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y DESARROLLO COMUNITARIO

PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A ADULTOS MAYORES

AVISO DE PRIVACIDAD: El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla con domicilio en calle 5 de Mayo número 1606 col. Centro, C.P. 72000 de la ciudad de Puebla, Puebla es la responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado Puebla y la demás normatividad que resulte aplicable.

DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA, SÓLO SE PODRÁ BENEFICIAR A UN MIEMBRO POR FAMILIA CON ESTE U OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA, POR LO QUE AL ELABORAR EL EXPEDIENTE SE DEBE CONSIDERAR LO MENCIONADO, DE LO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A APLICAR LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____ 1. Fecha de Elaboración _____

2. Nombre de la Persona:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Estado Civil: _____
Día Mes Año

5. Teléfono _____

Sólo si el posible beneficiario no puede recoger su apoyo por su estado de salud

6. Nombre del Tutor: _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

7. Domicilio: Calle: _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia _____ Referencia Domiciliaria: _____

Localidad _____ Municipio _____

8. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDO

- FORMATO DE REGISTRO (PRESENTE DOCUMENTO)
- COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y/ O CURP
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL PROGRAMA (ORIGINAL)
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL BENEFICIARIO
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR (en caso de aplicar)
- COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (SI VIVE EN LOCALIDAD MENOR A 10 000 HABITANTES SE ACEPTARA CONSTANCIA VECINDAD ORIGINAL FIRMADA Y SELLADA POR AUTORIDAD LOCAL MUNICIPAL)
- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da el Vo. Bo.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIENDOLA REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

Nota: este documento deberá estar escrito en su totalidad, en los espacios donde se solicitan datos personales, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el beneficiario o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, el SEDIF a través de la delegación regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario, falta información o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, las responsabilidades de quien elabora y da el VO. BO. en el presente documento.



FORMATO DEL PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A ADULTO MAYOR

PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A ADULTOS MAYORES

RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

47.- Practicar deportes () Ir al cine () Visitar familiares () Realizar quehaceres del hogar () Actividades al aire libre () Ver televisión () Videojuegos () Otro (): Especificar _____

48.- REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE | DIRECCIÓN | No. TELEFÓNICO |
|--------|-----------|----------------|
| | | |
| | | |

NOTA: Las personas que corroboran la información tienen que vivir en la misma comunidad y es necesario que al menos una de ellas proporcione su número telefónico

49.- OBSERVACIONES

50.- RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

El objetivo del estudio socioeconómico para ingresar a este programa de apoyo alimentario, es corroborar la forma de vida y en general, establecer cuál es el ambiente que rodea a un candidato a beneficiario. Pudiera pensarse que no es determinante para que alguien pueda ingresar al programa, sin embargo, dependiendo de la información que se proporciona, la persona que lo aplica está en condiciones de tomar la decisión si la persona es considerada como posible beneficiaria de asistencia social de acuerdo a las reglas de operación del programa, ya que es quien obtiene la información, puede ver y corroborar físicamente lo que el candidato o madre, padre o tutor está proporcionando en cada respuesta a las preguntas. Por lo anterior, la información es en gran medida responsabilidad de la persona que aplica el presente estudio socioeconómico.

OBLIGATORIO:
De acuerdo con la información proporcionada,
¿Es posible beneficiario(a) del programa? SI () NO ()

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

a: Este documento tendrá validez si está escrito en su totalidad en los espacios donde se solicitan datos, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el posible beneficiario(a) y/o su madre, padre o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, o que no es congruente con su realidad económica, el SEDIF a través de la Delegación Regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario falta información de carácter obligatorio o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, la responsabilidad es de quien elabora y da el Vo. Bo. en el presente documento. Debido a las características propias de la operación en el mencionado departamento no es posible revisar cada respuesta a cada pregunta y dato solicitados de forma inmediata.

DON.PAAPD-1.2

FORMATO DEL PROGRAMA INICIANDO UNA CORRECTA NUTRICION

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y DESARROLLO COMUNITARIO



PROGRAMA INICIANDO UNA CORRECTA NUTRICIÓN

AVISO DE PRIVACIDAD: El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla con domicilio en calle 5 de Mayo número 1806 col. Centro, C.P. 72000 de la ciudad de Puebla, Puebla es la responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla y la demás normatividad que resulte aplicable.

DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA, SÓLO SE PODRÁ BENEFICIAR A UN MIEMBRO POR FAMILIA CON ESTE U OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA, POR LO QUE AL ELABORAR EL EXPEDIENTE SE DEBE CONSIDERAR LO MENCIONADO, DE LO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A APLICAR LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____ 1. Fecha de Elaboración _____

2. Nombre del Niño (a):

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Teléfono: _____
Día Mes Año

5. Nombre de la Madre, Padre o Tutor: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

6. Domicilio: Calle: _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia _____ Referencia Domiciliaria: _____

Localidad _____ Municipio _____

7. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. FORMATO DE REGISTRO (PRESENTE DOCUMENTO) b. COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y/ O CURP c. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL PROGRAMA (ORIGINAL) d. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL BENEFICIARIO e. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (SI VIVE EN LOCALIDAD MENOR A 10 000 HABITANTES SE ACEPTARÁ CONSTANCIA VECINDAD ORIGINAL FIRMADA Y SELLADA POR AUTORIDAD LOCAL MUNICIPAL) f. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES | <p>Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da el Vo. Bo.</p> |
|---|--|

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

8. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

9. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

10. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

Nota: este documento deberá estar escrito en su totalidad, en los espacios donde se solicitan datos personales, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el beneficiario o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, el SEDIF a través de la delegación regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario, falta información o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, las responsabilidades de quien elabora y da el VO. BO, en el presente documento.

FORMATO DEL PROGRAMA INICIANDO UNA CORRECTA NUTRICION

PROGRAMA INICIANDO UNA CORRECTA NUTRICIÓN

Techos: Concreto () Lámina de asbesto () Lámina de cartón () Lámina metálica () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Consola de videojuegos: ()

29.- VEHICULOS: Cuenta con automóvil o vehículo automotor propio: SI () NO () cuando la respuesta sea SI proporcionar el año y
ti

Respiratorias () Gastrointestinales () Dermatológicas () Neurológicas () Cáncer () Hipertensión () Obesidad () Diabetes mellitus()

33.- ¿EL ENTREVISTADO O ALGÚN MIEMBRO O VARIOS DE SU FAMILIA CONSIDERA QUE TIENE ALGUNA ADICCIÓN? SI _____ No _____
cuántos _____ ¿Cuáles con las Adicciones?
estimulantes () solventes () otras () especifique _____

| Frutas | Verduras | Cereales y Tubérculos | Leguminosas y alimentos de origen animal | Otros |
|-----------|-----------|-----------------------|--|--------------|
| Sandía | Jitomate | Tortilla | Frijoles | Refresco |
| Papaya | Espinacas | Pan | Alverjón | Dulces |
| Melón | Acelgas | Tamal | Soya | Aceite |
| Limón | Quelites | Arroz | Huevo | Manteca |
| Naranja | Nopales | Pasta | Leche | Pan de dulce |
| Mandarina | Verdolaga | Papa | Pollo | Tortas |
| Manzana | Zanahoria | Camote | Res | |
| Pera | Calabaza | Avena | Puerco | |
| Durazno | Chavote | Galletas | Quesos | |
| | | Cereales de caja | Pescado | |

35.- Compra alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): SI () NO () ¿Cuánto gasta? \$ _____
36.- Cuántas veces a la semana compra o consume alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): _____
37.- Cuántas veces a la semana tomare fresco: _____

41.- Tiene mascotas en su hogar: SI () No () Total cuantas _____ que tipo:
42.- No. de perros (), no. de gatos (), no. de pajaritos () otros. () _____
ti ue tipo:

ue tipo

DON.PAAPD-1.1



FORMATO DEL PROGRAMA RESCATE NUTRICIO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO | DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y DESARROLLO COMUNITARIO



PROGRAMA RESCATE NUTRICIO

AVISO DE PRIVACIDAD: El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla con domicilio en calle 5 de Mayo número 1606 col. Centro, C.P. 72000 de la ciudad de Puebla, Puebla es la responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla y la demás normatividad que resulte aplicable.

DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA, SÓLO SE PODRÁ BENEFICIAR A UN MIEMBRO POR FAMILIA CON ESTE U OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA, POR LO QUE AL ELABORAR EL EXPEDIENTE SE DEBE CONSIDERAR LO MENCIONADO, DE LO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A APLICAR LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN.

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____

1. Fecha de Elaboración _____

2. Nombre del Niño(a): _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Teléfono: _____

5. Nombre de la Madre o Tutor: _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

6. Domicilio: Calle: _____

No. Exterior _____ No. Interior _____ Colonia _____

Referencia Domiciliaria: _____

Localidad _____ Municipio _____

7. Peso (Kg): _____ 8. Estatura (cm): _____

9. Signos Clínicos: _____

10. Fotografía



Consideraciones para la fotografía: la imagen debe ser de la parte superior del tronco (de la cintura hacia arriba), cuidando de cubrir la parte del pecho. Es responsabilidad del personal del DIF municipal y Delegación Regional SEDIF cuidar la integridad, respeto y derechos del menor. Deben ser a color, nítidas y tomadas a una distancia no mayor de un metro, no se aceptarán fotos tomadas con más de un mes de anterioridad, a la fecha de la elaboración del presente formato.

11. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC

- a. FORMATO DE REGISTRO (PRESENTE DOCUMENTO)
- b. COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y/ O CURP
- c. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL PROGRAMA (ORIGINAL)
- d. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR
- e. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (SI VIVE EN LOCALIDAD MENOR A 10 000 HABITANTES SE ACEPTA CONSTANCIA VECINDAD ORIGINAL FIRMADA Y SELLADA POR AUTORIDAD LOCAL MUNICIPAL)
- f. DICTAMEN MÉDICO DE DESNUTRICIÓN (EMITIDO POR SS, ORIGINAL, EN HOJA MEMBRETADA, CON SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EXPIDE Y NO. DE CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO)
- g. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da el Vo. Bo.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

12. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

13. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

14. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

15. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

Nota: este documento deberá estar escrito en su totalidad, en los espacios donde se solicitan datos personales, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el beneficiario o tutor estén enterados, que el proporciona información que no es verdadera en el presente documento, el SEDIF a través de la delegación regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario, falta información o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, las responsabilidades de quien elabora y da el VO. BO. en el presente documento.



FORMATO DEL PROGRAMA RESCATE NUTRICIO

PROGRAMA INICIANDO UNA CORRECTA NUTRICIÓN

RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

47.- Practicar deportes () Ir al cine () Visitar familiares () Realizar quehaceres del hogar () Actividades al aire libre () Ver televisión () Videojuegos () Otro (): Especificar _____

48.- REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE | DIRECCIÓN | No. TELEFÓNICO |
|--------|-----------|----------------|
| | | |
| | | |

NOTA: Las personas que corroboran la información tienen que vivir en la misma comunidad y es necesario que al menos una de ellas proporcione su número telefónico

49.- OBSERVACIONES

50.- RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

El objetivo del estudio socioeconómico para ingresar a este programa de apoyo alimentario, es corroborar la forma de vida y en general, establecer cuál es el ambiente que rodea a un candidato a beneficiario. Pudiera pensarse que no es determinante para que alguien pueda ingresar al programa, sin embargo, dependiendo de la información que se proporciona, la persona que lo aplica está en condiciones de tomar la decisión si la persona es considerada como posible beneficiaria de asistencia social de acuerdo a las reglas de operación del programa, ya que es quien obtiene la información, puede ver y corroborar físicamente lo que el candidato o madre, padre o tutor está proporcionando en cada respuesta a las preguntas. Por lo anterior, la información es en gran medida responsabilidad de la persona que aplica el presente estudio socioeconómico.

OBLIGATORIO:
De acuerdo con la información proporcionada,
¿Es posible beneficiario(a) del programa? SI () NO ()

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO
O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME
SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN
SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE
RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIENDOLA
REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A)
AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL
CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE
LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

Nota: Este documento tendrá validez si está escrito en su totalidad en los espacios donde se solicitan datos, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el posible beneficiario(a) y/o su madre, padre o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, o que no es congruente con su realidad económica, el SEDIF a través de la Delegación Regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario falta información de carácter obligatorio o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, la responsabilidad es de quien elabora y da el Vo. Bo. en el presente documento. Debido a las características propias de la operación en el mencionado departamento no es posible revisar cada respuesta a cada pregunta y dato solicitados de forma inmediata.

DON.PAAPD-1.2



PROGRAMA RESCATE NUTRICIO

Techos: Concreto () Lámina de asbesto () Lámina de cartón () Lámina metálica () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Madera () Aluminio () Otros materiales ()

() Consola de videojuegos: ()

os tienen plan fijo: _____ cuantos tienen plan de prepago: _____

29.- VEHICULOS: Cuenta con automóvil o vehículo automotor propio: SI () NO () cuando la respuesta sea SI proporcionar el año y ti _____

Respiratorias () Gastrointestinales () Dermatológicas () Neurológicas () Cáncer () Hipertensión () Obesidad () Diabetes mellitus()

33.- ¿EL ENTREVISTADO O ALGÚN MIEMBRO O VARIOS DE SU FAMILIA CONSIDERA QUE TIENE ALGUNA ADICCIÓN? Si _____ No _____
cuántos _____ ¿Cuáles con las Adicciones?
estimulantes () solventes () otras () especifique _____

| Frutas | Verduras | Cereales y Tubérculos | Leguminosas y alimentos de origen animal | Otros |
|-----------|-----------|-----------------------|--|--------------|
| Sandía | Jitomate | Tortilla | Frijoles | Refresco |
| Papaya | Espinacas | Pan | Alverión | Dulces |
| Melón | Acelgas | Tamal | Soya | Aceite |
| Limón | Quelites | Arroz | Huevo | Manteca |
| Naranja | Nopales | Pasta | Leche | Pan de dulce |
| Mandarina | Verdolaga | Papa | Pollo | Tortas |
| Manzana | Zanahoria | Camote | Res | |
| Pera | Calabaza | Avena | Puerco | |
| Durazno | Chayote | Galletas | Quesos | |
| | | Cereales de caja | Pescado | |

35.- Compra alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): SI () NO () ¿Cuánto gasta? \$ _____

36.- Cuántas veces a la semana compra o consume alimentos o comida preparada, antojitos (fuera de casa): _____

37.- Cuántas veces a la semana tomarefresco: _____

41.- Tiene mascotas en su hogar: SI () No () Total cuantas _____ que tipo: _____

42.- No. de perros (), no. de gatos (), no. de pajaritos () otros. () _____
ti _____ que tipo: _____

ue tipo

DON.PAAPD-1.1



PROGRAMA RESCATE NUTRICIO

RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

47.-Practicar deportes () Ir al cine () Visitar familiares () Realizar quehaceres del hogar () Actividades al aire libre () Ver televisión ()
Videojuegos () Otro (): Especificar _____

48.- REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE | DIRECCIÓN | No. TELEFÓNICO |
|--------|-----------|----------------|
| | | |
| | | |

NOTA: Las personas que corroboran la información tienen que vivir en la misma comunidad y es necesario que al menos una de ellas proporcione su número telefónico

49.- OBSERVACIONES

50.- RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

El objetivo del estudio socioeconómico para ingresar a este programa de apoyo alimentario, es corroborar la forma de vida y en general, establecer cuál es el ambiente que rodea a un candidato a beneficiario. Pudiera pensarse que no es determinante para que alguien pueda ingresar al programa, sin embargo, dependiendo de la información que se proporciona, la persona que lo aplica está en condiciones de tomar la decisión si la persona es considerada como posible beneficiaria de asistencia social de acuerdo a las reglas de operación del programa, ya que es quien obtiene la información, puede ver y corroborar físicamente lo que el candidato o madre, padre o tutor está proporcionando en cada respuesta a las preguntas. Por lo anterior, la información es en gran medida responsabilidad de la persona que aplica el presente estudio socioeconómico.

OBLIGATORIO:
De acuerdo con la información proporcionada,
¿Es posible beneficiario(a) del programa? SI () NO ()

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIENDOLA REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DEL PRESIDENTE DIF MUNICIPAL, Y/O PRESIDENTE (A) AUXILIAR, INSPECTOR, JUEZ DE PAZ, ASOCIACIÓN CIVIL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO. BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DANDO EL VO. BO.

a: Este documento tendrá validez si está escrito en su totalidad en los espacios donde se solicitan datos, con letra legible y a tinta negra. Es importante que el posible beneficiario(a) y/o su madre, padre o tutor estén enterados, que si proporciona información que no es verdadera en el presente documento, o que no es congruente con su realidad económica, el SEDIF a través de la Delegación Regional correspondiente (tomando como base las reglas de operación del programa) procederá a darlo de baja. Así mismo, si al entregar el presente documento en el Departamento de Orientación Nutricional y Desarrollo Comunitario falta información de carácter obligatorio o que afecte en el posterior análisis para la aceptación del candidato a beneficiario, la responsabilidad es de quien elabora y da el Vo. Bo. en el presente documento. Debido a las características propias de la operación en el mencionado departamento no es posible revisar cada respuesta a cada pregunta y dato solicitados de forma inmediata.

DON.PAAPD-1.2





**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE PUEBLA
DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO**

**CARTA COMPROMISO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA
"EIASA" EN EL ESTADO DE PUEBLA, PARA
IMPLEMENTAR ACCIONES POR PARTE DEL COMITÉ DE DESAYUNOS ESCOLARES MODALIDAD
_____ A FIN DE QUE SE INCLUYAN COMO
MÍNIMO 70 GRAMOS DE VERDURAS FRESCAS Y 70 GRAMOS DE FRUTAS FRESCAS EN LAS RACIONES QUE SE
PROPORCIONAN A LOS BENEFICIARIOS
(AS). QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL
ESTADO DE PUEBLA, A QUIEN EN LO SUCESIVO
SE LE DENOMINARÁ "EL SEDIF", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR
_____ CON CARGO EN EL SEDIF DE
_____, Y POR EL MUNICIPIO DE: _____
REPRESENTADO EN ESTE ACTO
POR LA PDTA. DEL SMDIF LA C. _____, ASÍ
MISMO POR PARTE DEL COMITÉ DE
DESAYUNOS _____, EN LO SUCESIVO "EL COMITÉ" DE LA ESCUELA:
_____ UBICADA EN LA LOCALIDAD
DE: _____ DEL MUNICIPIO ARRIBA MENCIONADO, EL O LA
PRESIDENTE(A) DE COMITÉ LA O EL C. _____ ASISTIDO POR QUIEN TIENE EL CARGO
DE SECRETARIA (O) EN EL COMITÉ
MENCIONADO EL O LA C. _____ Y POR QUIEN
ES LA/EL TESORERA (O) DE CITADO
COMITÉ DEL O LA C. _____ ASÍ
_____ COMO EL C.**

_____ EN SU CALIDAD DE TESTIGO, AL
TENOR DE LO SIGUIENTE: **EL COMITÉ SE COMPROMETE A:** • IMPLEMENTAR Y HACER CUMPLIR LO ESTABLECIDO
EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DESAYUNOS _____ ASUMIENDO LAS
RESPONSABILIDADES DE CADA FUNCIONARIO DEL COMITÉ COMO SE ESTABLECE EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN
MENCIONADAS.

- DESTACANDO EL COMPROMISO DE PARTE DEL COMITÉ PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CONSUMO DE MÍNIMO 70 GRAMOS DE VERDURAS FRESCAS Y 70 GRAMOS DE FRUTAS FRESCAS (PREFERENTEMENTE DE LAS QUE SE PRODUCEN EN LA REGION), A LOS BENEFICIARIOS (AS) DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES EN SU MODALIDAD ARRIBA MENCIONADA EN CADA RACIÓN QUE SE SIRVE, ABARCANDO TODOS LOS DÍAS DEL CALENDARIO ESCOLAR EN EL QUE OPERE EL DESAYUNADOR. **EL SEDIF SE COMPROMETE A:**

- CAPACITAR, ASESORAR A LOS SMDIF Y COMITÉS A FIN DE QUE SE IMPLEMENTEN ACCIONES Y MECANISMOS PARA ASEGURAR EL CONSUMO POR LOS BENEFICIARIOS (AS) DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES EN SU MODALIDAD ARRIBA MENCIONADA EN CADA RACIÓN DE FRUTAS Y VERDURAS FRESCAS PRODUCIDAS EN LA REGIÓN PREFERENTEMENTE.

- PROPORCIONAR GUÍAS DE MENÚS, RECETARIOS, TRÍPTICOS, FOLLETOS ENTRE OTROS, CON EL FIN DE QUE LOS SMDIF Y SOBRE TODO LOS COMITÉS TENGAN A SU ALCANCE INFORMACIÓN CIENTÍFICAMENTE AVALADA POR PROFESIONALES EN LA MATERIA PARA QUE LAS RACIONES



V. Coordinación Jurídica

Para tener un mejor conocimiento de las funciones y actividades que se realizan en la Coordinación Jurídica del sistema DIF Municipal del municipio de Tlachichuca, se elabora el presente manual de procedimientos, como una herramienta que ayude a hacer más eficientes y ofrecer la mejor calidad en los servicios y gestiones legales y administrativos, brindando información de manera clara y precisa acerca de los procedimientos que se llevan a cabo en esta área.

En el presente manual, se especifica el objetivo, así como la descripción de los diferentes procedimientos que en la Coordinación Jurídica se desarrollan, las normas de operación y actividad que se deben observar.

Dentro de las diferentes actividades se encuentran:

- I. Brindar atención jurídica de manera gratuita a toda persona que acude al SMDIF por asuntos en materia familiar.
- II. Fomentar un entorno de respeto e igualdad entre las niñas, niños y adolescentes, considerando los principios de equidad de género.
- III. Proteger la organización y desarrollo de toda familia que busque una mejor calidad de vida.

La Coordinación Jurídica ofrece de manera gratuita y confidencial la orientación para que las personas resuelvan sus conflictos a través del dialogo, encontrando soluciones adecuadas en la mayoría de los casos, pues la obligación de esta Institución, es salvaguardar el bienestar físico y emocional de cualquier individuo.



VISIÓN

Ser reconocida como la mejor de las Coordinadora Jurídicas y de asistencia que con sensibilidad y empeño identifique y atienda las necesidades de la gente.

MISIÓN

Contribuir dentro del marco legal las acciones para mejorar la calidad de vida de personas en situaciones de vulnerabilidad, y así en coordinación con las Instituciones Públicas redoblar juntos nuestros esfuerzos para llevar a cabo dicho propósito

OBJETIVO

Promover el desarrollo integral de la familia a través de programas y acciones encaminadas a incrementar los niveles de atención hacia la gente mas vulnerable como son los infantes en situación de abandono y total descuido además de los adultos mayores.



V.I COORDINACIÓN JURÍDICA ASESORIAS

OBJETIVO:

Brindar puntualmente asesoría jurídica eficiente, eficaz y oportuna dentro de un marco de defensa a los intereses de la ciudadanía que así lo solicite, orientándolos sobre sus derechos y obligaciones, asegurando con ello el acceso de la sociedad en general a una justicia equitativa.

V. I Descripción del procedimiento

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|---|---|--|
| Solicitante | Inicio del Procedimiento Solicita asesoría en el ámbito familiar. | N/A |
| Coordinación Jurídica | Solicita documentos personales completos del compareciente. | Acta informativa integrando expediente correspondiente |
| Dirección General | Solicita informe sobre atención para su seguimiento. | N/A |
| Coordinación de Salud y/o Salud Mental. | Inician sesiones de terapias y valoraciones médicas informando puntualmente a la instancia que así lo solicito. | N/A |
| Coordinación de Salud y/o Salud Mental. | Emite dictamen. | Dictamen |
| | | |
| Coordinador Jurídico | Remite a la dependencia dictámenes médicos y valoraciones Psicológicas sobre los resultados que se encontraron. | Oficio |



| | | |
|--|--|------------|
| <p>Coordinador Jurídico</p> | <p>Agregan todos los oficios al expediente informando a la parte interesada sobre los trámites realizados dando seguimiento hasta su posible solución y/o mediación. Fin del Procedimiento</p> | <p>N/A</p> |
| <p>Tiempo de Procedimiento de Gestión:</p> | <p>1 día hábil.</p> | |

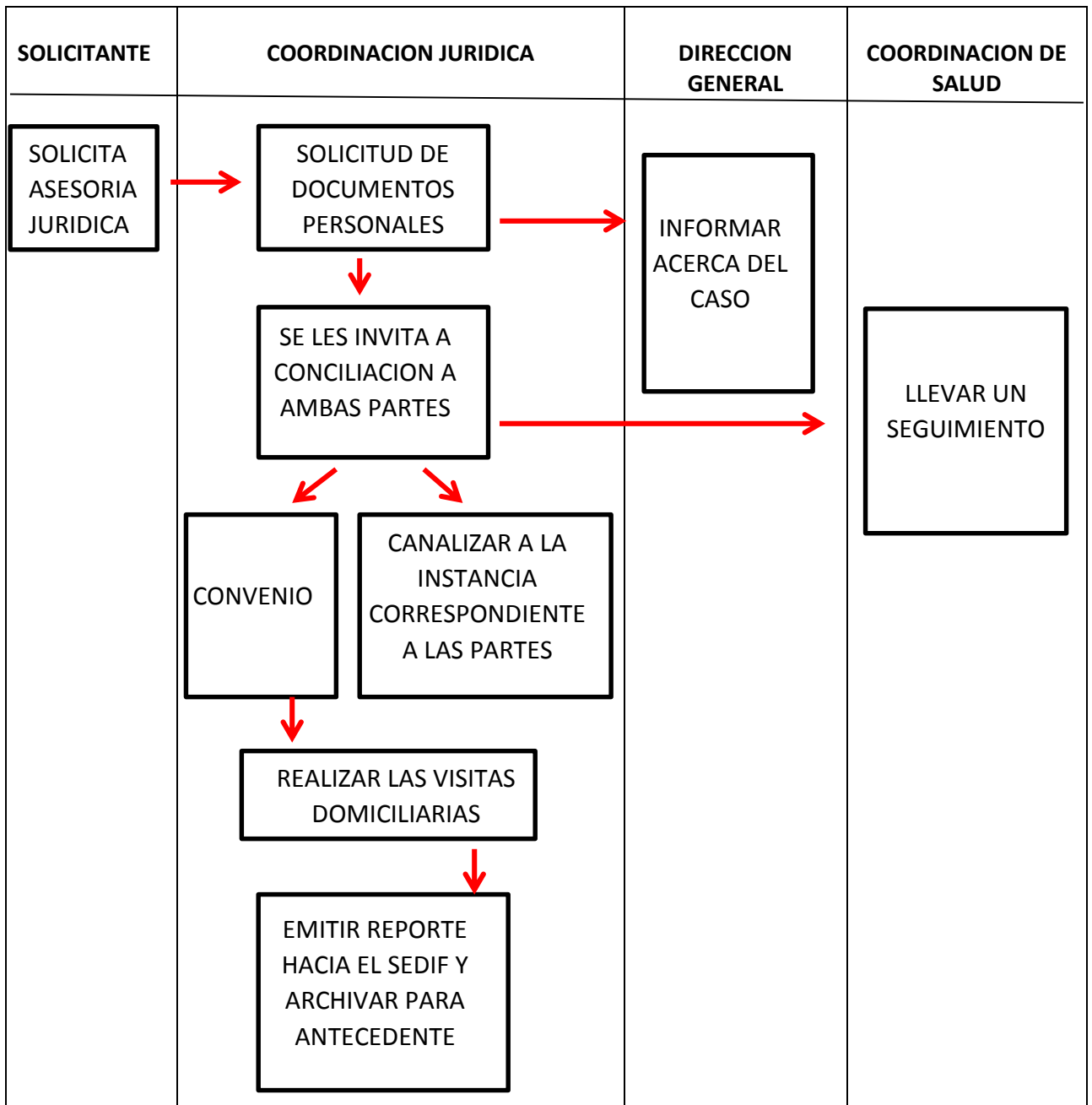
V.II. Normas y políticas de operación



| Normas de operación | Políticas de operación. |
|---|--|
| <p>-Supervisar los servicios de asesoría jurídico en materia de derecho familiar, a los beneficiarios de la Asistencia Social.</p> <p>-Coordinar y supervisar las actividades necesarias para fortalecer el Programa de Atención y Prevención a la Violencia, impulsando y promoviendo el valor de la familia y de la persona.</p> <p>-Coordinar y supervisar las actividades necesarias para fortalecer el Programa de Atención y Prevención a la Violencia, impulsando y promoviendo el valor de la familia y de la persona.</p> <p>-Vigilar la atención a los reportes recibidos en el Sistema, en materia de violencia intrafamiliar.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Horario de Atención en la oficina del Sistema DIF municipal de 09:00 a 17:00 horas. 2. Canalización y seguimiento. 3. Este procedimiento está dirigido para las instituciones educativas que requieran orientación sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes. 4. Las instituciones interesadas deberán girar un oficio dirigido a la Presidencia del Sistema DIF Municipal, con atención a la Dirección General del mismo; especificando el tema y la acción que se requiere con hora, día, mes y lugar donde se pretende llevar a cabo. |

V.III DIAGRAMA DE FLUJO PARA BRINDAR ASESORIAS SMDIF





V.IV PROCEDIMIENTO, PLATICAS Y TALLERES

OBJETIVO

Brindar información al público en general que ayude a mejorar su calidad de vida con un enfoque preventivo.

Brindar información al público en general que ayude a mejorar su calidad de vida con un enfoque preventivo.

Pláticas y talleres sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Platicas y talleres sobre violencia familiar, violencia escolar y prevención del suicidio

V.IV PROCEDIMIENTO, PLATICAS Y TALLERES

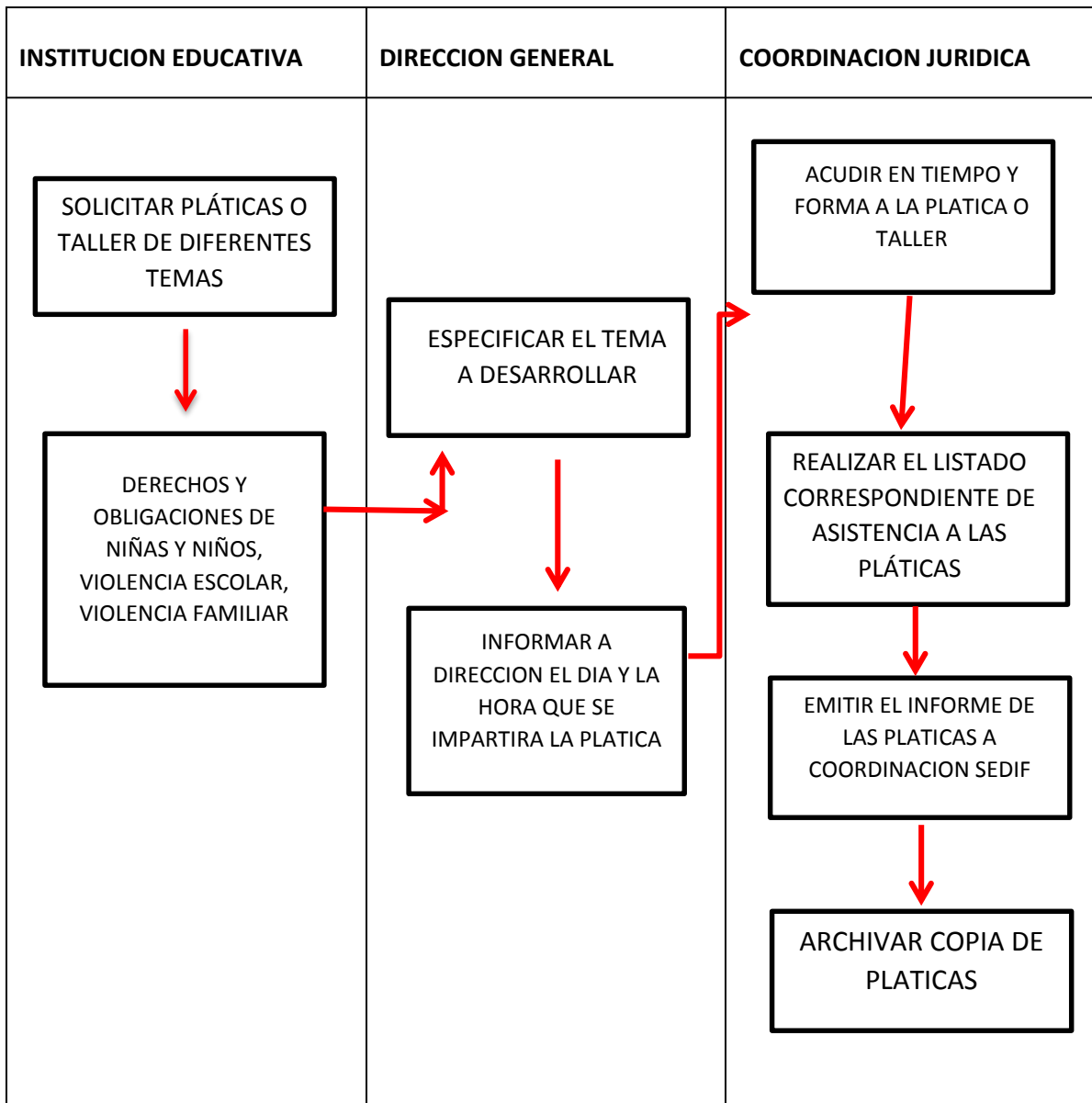
| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|--------------|----------------------------|---------|
| | Inicio del Procedimiento | |



| | | |
|-------------------------------------|---|---------------------|
| Institución Educativa | Solicita pláticas y talleres sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes u otros temas. | N/A |
| Dirección General | Solicita documento que especifique el tema a desarrollar. | Oficio |
| Dirección General | Autoriza la plática y/o taller fijando día y hora para su realización, notificando a la coordinación jurídica para su programación. | N/A |
| Coordinador jurídico. | Acude en tiempo y forma a brindar la plática y/o taller a la institución o dependencia que así lo solicito. | N/A |
| Institución Educativa | Recibe la plática y/o taller. | N/A |
| Coordinador Jurídico | Solicita listado de asistentes con firma y sello de la institución o dependencia para su justificación. | Lista de asistencia |
| Coordinador Jurídico | Realiza informe de la capacitación. | Oficio |
| Coordinador Jurídico | Entrega informe en la Delegación Regional del SEDIF, 13 Cd. Serdán Fin del Procedimiento | Informe |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 1 día hábil. | |

V. V. DIAGRAMA PARA BRINDAR PLATICAS O TALLERES HACIA LAS INSTITUCIONES ESCOLARES





V.VI. Glosario de Términos



SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

JURIDIF: Jurídico Desarrollo Integral de la Familia.

SEDIF: Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia.

Asesoría: Se encarga de brindar la información jurídica a quien necesite de ello para la solución de asuntos que tienen que ver con la aplicación de las leyes normativas y reglamentos en cualquier materia del derecho.

Asistencia: Derecho de todo particular de poder participar activamente en el proceso judicial de forma gratuita, aplicable solo en los casos en los que los requisitos patrimoniales y económicos, el particular que solicite la asistencia jurídica gratuita, demuestren carecer los medios para enfrentar un proceso.

Mediación: Método alternativo de solución de conflictos, de naturaleza no adjudicativa, en el cual una tercera persona ayuda a la parte en conflicto a lograr entre ellas un acuerdo que sea mutuamente aceptable, es discrecional de las partes someterse a un proceso de mediación. Se diferencia del arbitraje y de la evaluación neutral de casos.

V.VII Anexo de formatos utilizados.

I. formato de coordinación jurídico





Sistema Estatal
DIF
Gobierno de Puebla



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE
PUEBLA
DELEGACION 13 CIUDAD SERDAN
SMDIF MUNICIPAL TLACHICHUCA**

NOMBRE:

DOMICILIO:

NUMERO DE CELULAR:

ESCOLARIDAD:

ASUNTO:

Firma del usuario:

Tlachichuca, Pue.

II. formato de coordinación jurídico





Sistema Estatal
DIF
Gobierno de Puebla

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA
INSTITUCIÓN DE LA DEFENSA DEL MENOR, LA MUJER Y LA FAMILIA
PROGRAMA: RED ESTATAL DE DIFUSORES



Registro de Difusores Municipales

Delegación Regional del SEDIF: **13 CIUDAD SERDAN.**

Fecha: ___ de ___ de ___

Delegación: **13 Ciudad Serdan.**

Responsable Operativo: _____

Nº de Municipios a su cargo: **12**

Nº de Difusores Municipales: _____

| MUNICIPIO | CLAVE INEGI | NOMBRE DEL DIFUSOR(A) | EDAD | CURSO | GRADO ESCOLAR | | | SERVO | DOMICILIO | TELÉFONO |
|-----------|-------------|-----------------------|------|-------|---------------|------------|------------------|-------|-----------|----------|
| | | | | | PRIMARIA | SECUNDARIA | PREUNIVERSITARIA | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Fecha de elaboración

Nombre y Firma del Responsable Titular

Nombre y Firma del Responsable Operativo





Sistema Estatal
DIF
Gobierno de Puebla



CONSTANCIA

En Tlachichuca, Pue. siendo las _____ horas del día _____ de _____ de dos mil diesiocho, ante mi C. _____ Jefa del Departamento de la Clínica de Prevención y Atención al Maltrato (Delegado (a) del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, se hace constar que acudieron a nuestras instalacionesdeclarando lo siguiente:

PRIMERO.-

SEGUNDO.-

TERCERO.-

CUARTO.-

QUINTO.-

No habiendo más datos que asentar, se da por terminada la presente constancia.

TESTIGOS

2.-Formato de Pláticas para los Preescolares, Primarias y Secundarias.



PROCURADURIA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
Y DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA.
DELEGACIÓN 13 CIUDAD SERDAN.

LISTA DE ASISTENCIA

Fecha: _____

Municipio: _____ Comunidad: _____ Escuela: _____

Delegación Regional del SEDIF al que pertenece: _____

Asistió Faltó Taller Asistente Niño Niña (Primaria) = Total

Adolescentes: M (Secundaria) = Total Adultos H M = Total

Tema o Derecho: _____ Otra actividad realizada: _____

| No | Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | Masculino/ Femenino | Edad |
|----|--------|------------------|------------------|------------------------|------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

Firma y sello del Director de la Escuela

Firma y sello del Coordinador DIF Municipal

Nota de Privacidad: Los Datos personales recabados en el presente Documento son considerados información confidencial, serán utilizados exclusivamente para el fin en el cual fueron requeridos, garantizando su protección y confidencialidad.



1. Formato de Prevención y Atención al Maltrato



Sistema Estatal
DIF
Gobierno de Puebla

Ficha de Comparecencia



Clínica de Prevención y Atención al Maltrato
Delegación _____

Ref. Reporte N° _____

| | |
|--|--------------------------|
| Nombre del Agredido _____ | |
| Edad _____ | Escolaridad _____ |
| Citado _____ | |
| Edad _____ | Edo. Civil _____ |
| Domicilio _____ | |
| Municipio _____ | |
| Tel. _____ | Ocupación _____ |
| Lugar donde Trabaja _____ | |
| Motivo _____ | |
| Padre _____ | Edad _____ |
| Madre _____ | Edad _____ |
| Domicilio _____ | |
| Tel. _____ | Ocupación _____ |
| Tel. Oficina _____ | Lugar donde labora _____ |
| Estado Civil _____ | Familiares _____ |
| La(s) Persona (s) compareciente(s) manifiesta(n) _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |



F9

Large rounded rectangular area with horizontal lines for notes.

En este Acto se hace saber a las personas que comparecen que:

Large rounded rectangular area with horizontal lines for notes, starting below the text 'En este Acto...'



VI. COORDINACIÓN DE SALUD

La Coordinación de salud tiene como objetivo brindar una atención de calidez y calidad a personas con discapacidad, así como a grupos en estado de vulnerabilidad en el Municipio de Tlachichuca Puebla.

Una de sus principales actividades es conocer las necesidades de las personas para poder ofrecerles una solución y al mismo tiempo una mejor calidad de vida de acuerdo a los programas de SEDIF.

- I. Presentación de procedimientos
- I. Coordinación de salud.
 1. Solicitud de Aparatos Ortopédicos
 2. Solicitud de Auxiliares Auditivos
 3. Solicitud de módulo de Credencialización para personas con discapacidad
 4. Pláticas en instituciones
 5. Semanas Nacionales de Salud
 6. Censo de personas con discapacidad



MISIÓN

Atender a la ciudadanía que solicita información y orientación de los diferentes programas que existen en el SMDIF.

Apoyo en surtir recetas médicas de instituciones de salud, beneficencia pública para medicamentos y/o estudios médicos de muy alto costo.

Canalizar a los pacientes que necesitan valoración médica especializada a los diferentes hospitales de Gobierno.

Brindar apoyo de transporte a pacientes que acuden a la unidad básica de rehabilitación.

VISIÓN

Atender, gestionar, tramitar y dar solución a las solicitudes de apoyo relacionadas con la salud, para una mejora en favor de la comunidad.

OBJETIVO

Coordinar las acciones de apoyo, servir a las personas con discapacidades y a la población en general, (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas de la tercera edad), mediante la asistencia médica y la rehabilitación especializada, la cual propicie su desarrollo e integración a la sociedad.



VI.I DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO COORDINACIÓN DE SALUD

OBJETIVO

Otorgar apoyo a la población en desamparo, en extrema pobreza o en situaciones de vulnerabilidad que presenten alguna discapacidad, con la finalidad de facilitar su inclusión social y laboral.

VI.II. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO COORDINACIÓN DE SALUD

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|---------------------------------------|--|---|
| Solicitante | Inicio del procedimiento Solicita información a Coordinación de salud | N/A |
| Coordinación de salud | Informa y solicita requisitos para armar expediente | N/A |
| Solicitante | Regresa a la coordinación del área de salud con la documentación requerida | Documentos solicitados |
| Coordinación de salud | Recibe los documentos, realiza la solicitud de apoyo, el estudio socio- económico y arma el expediente | Solicitud de apoyo, Estudio socioeconómico |
| Coordinación de salud | Fotocopia el expediente y hace entrega de él, en las oficinas de la Delegación Regional del DIF Estatal | Expediente |
| Delegación Regional DIF Estatal | Recibe el Expediente firma y sella la copia para archivo | Expediente |
| Coordinación de salud | Queda en espera de Resolución | N/A |
| Coordinación de salud | Si es negativo finaliza el procedimiento. Si es Positivo se localiza al solicitante para acudir al SEDIF | N/A |



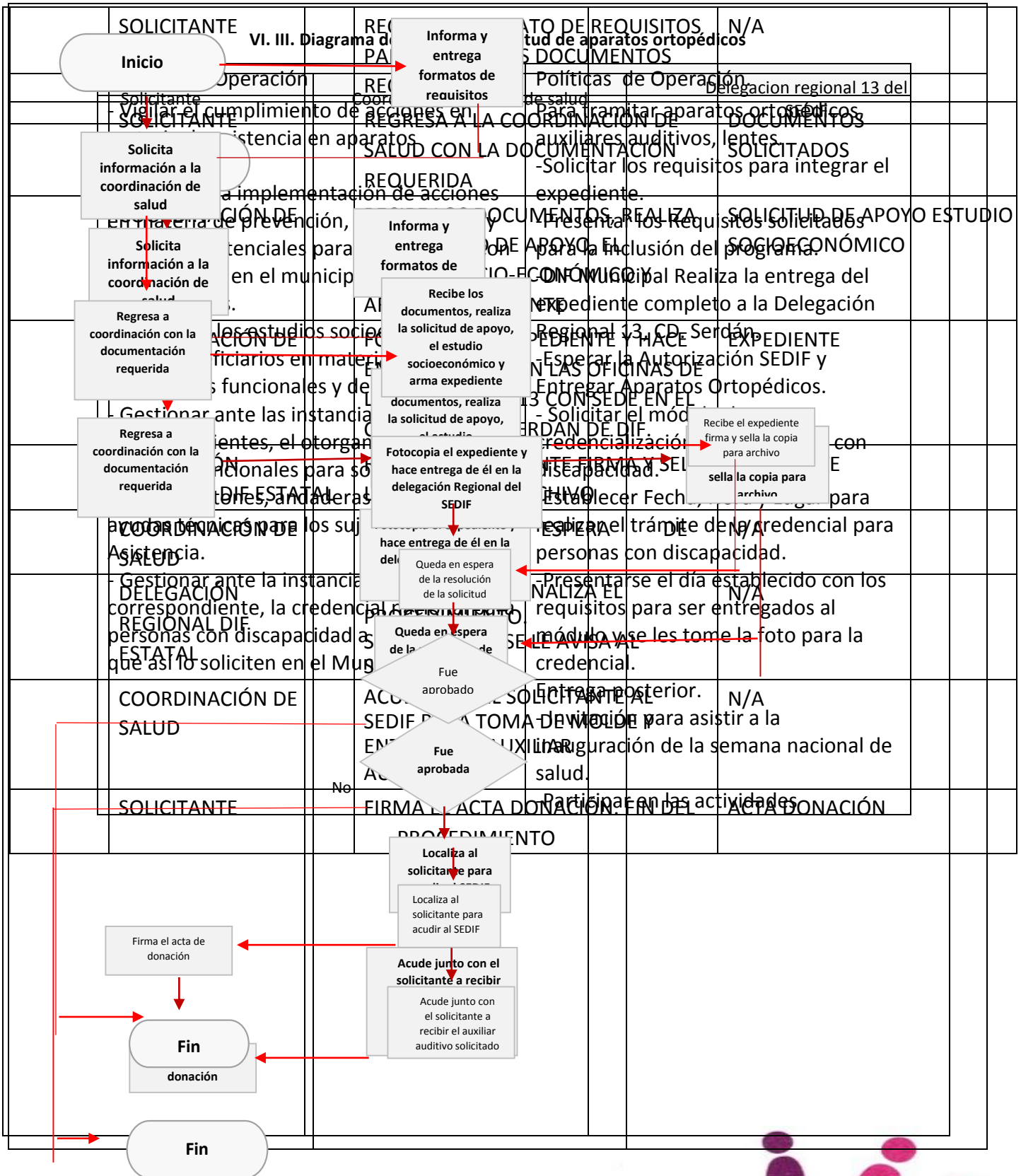
| | | |
|-------------------------------------|--|---------------|
| Coordinación de salud | Acude con el solicitante al SEDIF a la ciudad de Puebla para recibir el aparato ortopédico solicitado. | N/A |
| Solicitante | Firma el acta donación. Fin del Procedimiento | Acta Donación |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 6 meses a partir de que se realiza la solicitud | |
| | | |

VI.II NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACION DE COORDINACION DE SALUD

VI. IV PROCEDIMIENTO, SOLICITUD DE AUXILIARES AUDITIVOS

| RESPONSABLES | | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | FORMATO |
|---|--------------------------------|---|---------|
| VI. V DIAGRAMA DE FLUJO DE LA SOLICITUD DE AUXILIAR AUDITIVO | | | |
| Solicitante SOLICITANTE | Coordinación del Área de Salud | INICIO DEL PROCEDIMIENTO PIDE INFORMACIÓN A Coordinación regional 13 del SEDIF | N/A |
| | | COORDINACIÓN DE SALUD. | |
| COORDINACIÓN DE SALUD | | INFORMA Y SOLICITA REQUISITOS PARA EXPEDIENTE | N/A |





VI. VI SOLICITUD DEL MÓDULO DE CREDENCIALIZACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

OBJETIVO:

Contar con una identificación oficial que los distinga como personas con discapacidad para obtener los beneficios que brinda esta credencial como descuentos en transporte público, entrada a lugares recreativos y compras en establecimientos autorizados.



VI.VII Descripción del procedimiento de credencialización

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|------------------------------|---|--------------------------|
| | Inicio del Procedimiento | |
| Coordinación de salud | Elabora un oficio dirigido a la presidenta del SEDIF para solicitar el módulo de credencialización para personas con discapacidad. | Oficio |
| Coordinación de salud | Entrega el Oficio a la Presidenta del DIF Municipal para que sea firmado y sellado | Oficio |
| Presidenta del DIF Municipal | Recibe el oficio lo firma y sella de autorización | Oficio |
| Coordinación de salud | Entrega el Oficio al SEDIF | Oficio |
| SEDIF | Recibe el oficio firma y sella la copia para archivo, da fecha hora y lugar para el trámite. | Oficio |
| Coordinación de salud | Realiza la convocatoria e invitación al Municipio de Tlachichuca para llevar acabo el trámite de la credencial y da a conocer los requisitos. | N/A |
| SEDIF | Envía personal al municipio en la fecha acordada para llevar a cabo el trámite de la credencial para personas con discapacidad | N/A |
| Solicitantes | Acuden las personas interesadas con su documentación completa para hacer el trámite y tomarse la foto. | Documentación solicitada |
| SEDIF | Recaban datos de los interesados y notifica la fecha de entrega de las credenciales | N/A |
| Coordinación de salud | Queda en espera de entrega | N/A |
| SEDIF | Entrega las credenciales a la coordinación del área de salud en la fecha acordada | N/A |
| Coordinación de salud | Localiza a los solicitantes para hacer entrega de la credencial | N/A |
| | 1 meses a partir de que se realiza la entrega de documentos y toma de la foto. | |

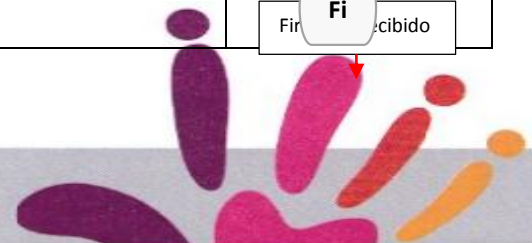
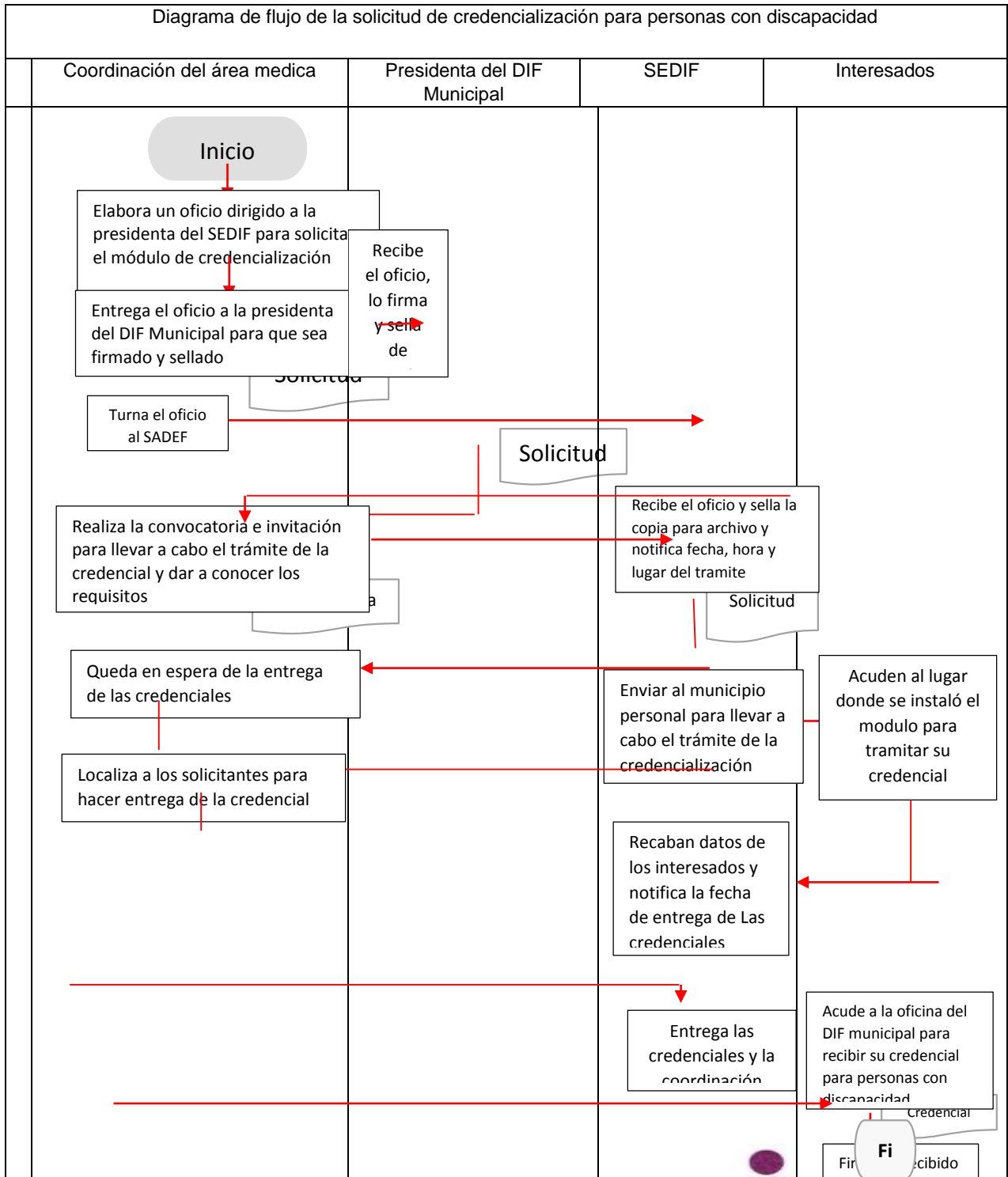


| | | |
|-------------------------------------|---|---------------------|
| Solicitante | Acude a las oficinas del DIF Municipal para recibir su credencial para personas con discapacidad. | Credencial |
| Solicitante | Firma de recibido Fin del Procedimiento | Copia de credencial |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 1 meses a partir de que se realiza la entrega de documentos y toma de la foto. | |

VI. VIII Diagrama de flujo de la solicitud de credencialización para personas con discapacidad



Diagrama de flujo de la solicitud de credencialización para personas con discapacidad



VI. IX PROCEDIMIENTO TALLERES, CONFERENCIAS Y PLATICAS

OBJETIVO

Brindar información al público en general que ayude a mejorar su calidad de vida con un enfoque preventivo.

VI. Descripción del procedimiento talleres, conferencias y platicas

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|-------------------------------------|---|--|
| | Inicio del Procedimiento | |
| Solicitante | Entregar oficio al Sistema DIF Municipal | Oficio |
| DIF Municipal | Recibe el oficio firma y sella de recibido. Da una copia del oficio a la Coordinación del área médica. | N/A |
| Coordinación de salud | Se comunica con el solicitante para confirmar la asistencia el tema y la fecha. | N/A |
| Coordinación de salud | Se organiza con el DIF Municipal para el transporte y material. | Oficio de requerimientos para los materiales extras. |
| Coordinación de salud | Busca apoyo de Coordinación de Salud mental y Jurídica si es necesario. | N/A |
| Coordinación de salud | Presenta el taller, conferencia o platica y reúne evidencia Fotográfica y listas de asistencia. | Listas de asistencia. |
| Coordinación de salud | Realiza un informe mensual de los talleres impartidos para ser entregado a la delegación regional del DIF Estatal | Informe |
| Delegación Regional del DIF estatal | Recibe los informes firma y sellan dos juegos de copias. | Informe |
| Coordinación de salud | Entrega una copia del informa al DIF municipal. | Informe |
| Coordinación de salud | Archiva el otro en su carpeta | Informe |
| | Fin del Procedimiento | |
| | | |



| VI. X Diagrama de flujo para la realización de talleres, conferencias y platicas | | | | |
|--|-------------|---------------|----------------------------------|-------------------------------|
| | Solicitante | DIF municipal | Coordinacion del area amedica | Delegacion regional del SEDIF |

VI.XI DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO, SEMANAS NACIONALES DE SALUD

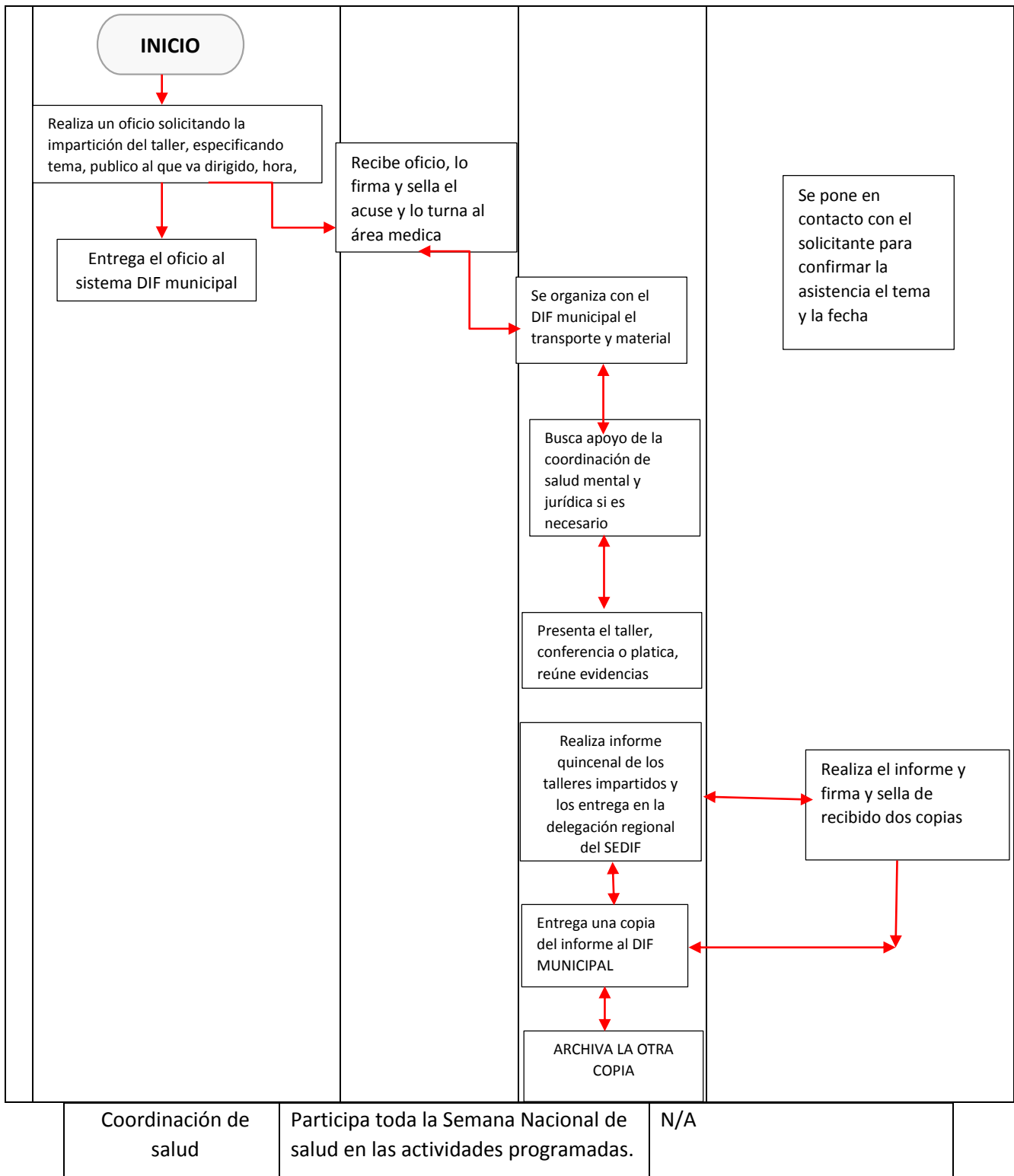
OBJETIVO

Dar a conocer al público en general sobre las acciones a llevar durante las semanas de vacunación con el propósito de lograr un control epidemiológico de alguna enfermedad prevenibles por vacunación y disminuir la población susceptible a enfermar.

VI.XI Descripción del Procedimiento semana nacional de salud

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|-----------------------|--|------------|
| CESSA | Inicio del Procedimiento Gira un oficio al sistema DIF Tlachichuca para hacer la invitación a la inauguración de la SNS | Oficio |
| DIF Municipal | Recibe el oficio de la invitación, confirma asistencia y entrega una copia a la coordinación de salud. | Oficio |
| Coordinación de salud | Recibe el oficio se organiza con alguna institución para realizar un concurso de carteles | NA |
| Coordinación de salud | Entrega Oficio a la institución para el concurso de carteles | Oficio |
| Institución | Recibe el oficio y hace la invitación a los alumnos para participar. | N/A |
| Coordinación de salud | Acude junto con las autoridades del CESSA a la institución a realizar la inauguración de la SNS y el concurso de carteles | Expediente |



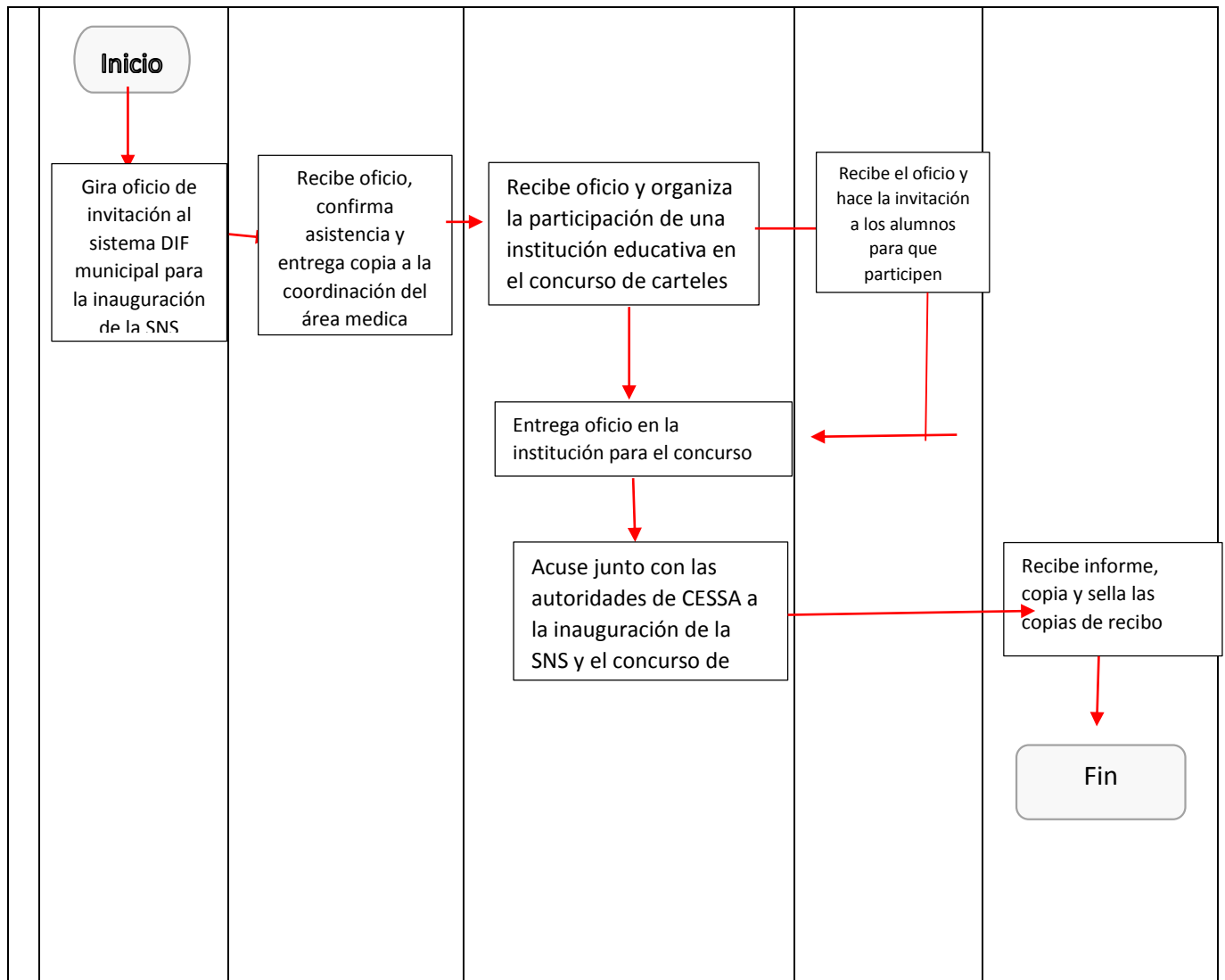


| | | |
|-------------------------------------|---|---------|
| Coordinación de salud | Realiza un informe de las actividades realizadas durante la SNS y fotocopia. | Informe |
| Coordinación de salud | Entrega el informe en Delegación Regional del DIF Estatal | Informe |
| Delegación Regional DIF Estatal | Recibe el informe Firma y Sella las copias para archivo | Informe |
| Coordinación de salud | Entrega una copia del informa al DIF municipal y Archiva el otro en su carpeta Fin del Procedimiento | Informe |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 20 Días hábiles | |

VI. XII Diagrama de flujo de semana nacional de salud

| Diagrama de flujo para la realizacion de talleres, conferencias y platicas | | | | | |
|--|-------|---------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| | CESSA | DIF MUNICIPAL | Coordinacion de salud | Institucion educative | Delegacion regional del SEDIF |





VI. XIII DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO CENSO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

OBJETIVO

Realizar un Levantamiento de censo mediante el llenado del CIS en el municipio de Tlachichuca para ingresar a todas las personas que tengan alguna discapacidad Motriz, Visual, Auditiva, Mental para brindarles la ayuda necesaria según su padecimiento.

VI. XIII Descripción del Procedimiento Censo de Personas con Discapacidad

| Paso | Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|------|---------------------------------|---|-------------|
| 1. | Coordinación de salud | Inicio del Procedimiento Acudir a las comunidades del municipio a realizar el llenado de formatos. | Formato CIS |
| 2. | Familias | Brindan la información necesaria a la coordinación de salud para el levantamiento del censo. (com) | N/A |
| 3. | Coordinación de salud | Una vez recabada la información se captura la información en archivo electrónico | CIS |
| 4. | Coordinación de salud | Imprime el CIS en físico y el Archivo electrónico en un CD | CIS |
| 5. | Coordinación de salud | Entrega el CIS (digital e impreso) a la Delegación Regional del DIF Estatal | |
| 6. | Delegación Regional DIF Estatal | Recibe el CD con el Censo de Personas con Discapacidad | N/A |
| 7. | Delegación Regional DIF Estatal | Solicita a la coordinación del área médica se actualice dos veces al año el censo. | N/A |
| 8. | Coordinación de salud | Actualiza el censo dos veces al año en las fechas acordadas Fin del Procedimiento | N/A |



| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------|--|
| | Tiempo de Procedimiento de Gestión: | Cada 6 meses | |
|--|-------------------------------------|--------------|--|

VI.XV Glosario de Términos

Aparatos Ortopédicos: aparatos diseñados especialmente para el tratamiento de discapacidades en alguna zona del cuerpo. (Sillas de Ruedas Adulto, Sillas de Ruedas Parálisis Adulto, Sillas de Ruedas Parálisis Infantil, Muletas, Muletas Canadiense, Andadera, Andadera Juanito, Bastón de apoyo, Bastón de Invidente.

Aparato Auditivo: aparato que se coloca en el oído para permitir que la persona pueda oír con claridad.

CESSA: Centro de Atención de Servicios Ampliados

CIS: Cedula de información socioeconómica y hogares beneficiados.

CREE: Centro de Rehabilitación y Educación Especial.

DIF: Desarrollo Integral de la Familia.

Discapacidad: Condición Baja la cual la persona presenta alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial la cual le afecta para interactuar y participar plenamente en la sociedad.

Delegación: Dar a una persona o grupo las facultades y poderes necesarios para representar a otro.

Estatad: Referente al Estado donde se pertenece (Puebla)

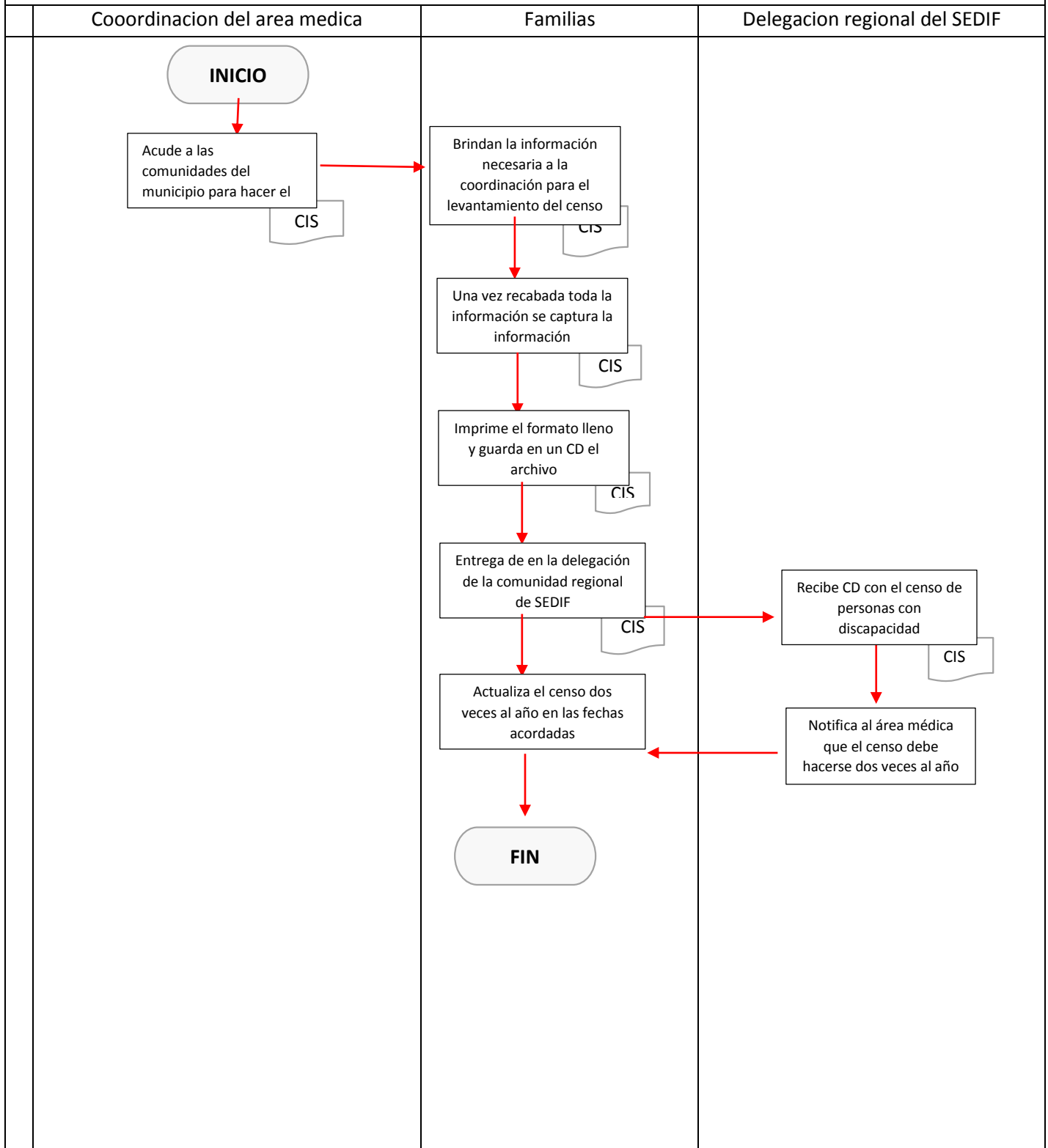
Externa: Referente a la parte de afuera.

Optometría: Estudio que evalúa la capacidad de la vista.

Regional: Porción de un territorio.



VI.XIV Diagrama de flujo para censo de personas con discapacidad



SEDIF: Sistema Estatal del Desarrollo Integral de la Familia.



SNS: Semana Nacional de Salud.


SSA: *Secretaria de Salud Ampliados.*

VI. XVI ANEXO DE FORMATOS UTILIZADOS EN COORDINACION DE SALUD

Formato 1 Hoja diaria en la cual, como el nombre lo indica se lleva un control de los pacientes a los que se les brinda el apoyo de transporte a UBR.



Formato Hoja mensual, en la cual se reporta el número de traslados de cada uno de los pacientes a los que se les brinda el apoyo de transporte a UBR

|  SISTEMA DE TRANSPORTE ADAPTADO GRATUITO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DIF UNIDADES EN COMODATO REPORTE MENSUAL DE TRASLADOS | | | | | | | | |
|---|------|------|---------------------------|-----------|-----------|-------------------|----------------------|---------------------------------------|
| MUNICIPIO | | | POBLACION BENEFICIADA | | | PADRON DISCAPAC | | |
| DELEGACION | | | 19 CIUDAD SERDAN, PUEBLA. | | | TOTAL MUJERES: | | |
| RESPONSABLE | | | | | | TOTAL HOMBRRES: | | |
| N. UNIDAD | | | TIPO DE UNIDAD | | | FECHA DE CORTE: | | |
| KILOMETRAJE INICIAL: | | | KILOMETRAJE FINAL: | | | FECHA DE CORTE: | | |
| HOMBRE DE USUARIOS | EDAD | SEXO | acompañante | LOCALIDAD | MUNICIPIO | LUGAR DE TRASLADO | TIPO DE DISCAPACIDAD | NUMERO TOTAL DE TRASLADOS POR PERSONA |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

HOMBRE Y FIRMA DE LA

CONYER


HOMBRE Y FIRMA

HOMBRE Y FIRMA PRESIDENCIA

NOTA: TODA HOJA O REPORTE DEBEER CONTAR CON EL SELLO DE LA PRESIDENCIA MUNICIPAL PARA SER AYALADO





|  SISTEMA ESTADAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PUEBLA | | SISTEMA DE TRANSPORTE ADAPTADO GRATUITO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DIF UNIDADES EN COMODATO PROGRAMACION DE RUTAS | |
|---|-----------------------------|---|--|
| DELEGACION: 13 CD SERDAN | | Nº DE PLACAS | |
| MUNICIPIO: | | Nº ECONOMICO | |
| FECHA: | | | |
| SALIDA | RUTA DESTINO INICIAL | LLEGADA | |
| | | | |
| | RUTA DESTINO CIERRE | | |
| | | | |
| FECHA: | | | |
| SALIDA | RUTA DESTINO INICIAL | LLEGADA | |
| | | | |
| | RUTA DESTINO CIERRE | | |
| | | | |
| FECHA: | | | |
| SALIDA | RUTA DESTINO INICIAL | LLEGADA | |
| | | | |
| | RUTA DESTINO CIERRE | | |
| | | | |
| FECHA: | | | |
| SALIDA | RUTA DESTINO INICIAL | LLEGADA | |
| | | | |
| | RUTA DESTINO CIERRE | | |
| | | | |
| FECHA: | | | |
| SALIDA | RUTA DESTINO INICIAL | LLEGADA | |
| | | | |
| | RUTA DESTINO CIERRE | | |
| | | | |
| NOMBRE Y FIRMA OPERADOR DE LA UNIDAD | | NOMBRE, FIRMA Y SELLO PRESIDENTE (A) SMDIF | |
| | | | |

Formato Hoja Sitradif, en él se concentra la información global de los traslados de cada uno de los pacientes a los cuales se les brinda el apoyo de transporte se desglosa el género, la edad y así mismo el número de acompañantes.



En esta hoja se concentra la información de datos personales de personas que requieren de ortopedicos, y de algun familiar que funja como tutor de dicha persona.

| SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PUEBLA | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-------------|------------|-----------------------------|------------|-----------|---------------------|-----------------------------|----------------|----------------|-----------------|------------------------------|------------|---------|
| Información de SITRADIF del Mes de _____-de 2019 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D-175 | D-171 | D-17 | D-164 | D-30 | D-21 | D-145 | D-219 | D-52 | D-200 | D-53 | D-119 | D-205 | TOTALES |
| | Aljojuca | Atzitzintla | Cd. Serdar | Chichiquila | Chilchotla | Esperanza | Guadalup e Victoria | Lafagua | Cañada Morelos | Cañada Morelos | San Juan atenco | Tlachichuc | Tlachichuc | |
| TOTAL DE PERSONAS TRASLADADAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TRASLADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>total de mujeres con discapacidad beneficiador con el</i> | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| <i>total de hombres con discapacidad beneficiador con el</i> | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 0-18 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 19-30 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 31-40 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 41-50 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| mayor de 51 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| NÚMERO DE SERVICIOS DE TRASLADO DE PERSONAS ACOMPAÑANTES DE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>total de acompañantes mujeres de los beneficiador</i> | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| <i>total de acompañantes hombres de los beneficiador</i> | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| NÚMERO DE UNIDADES DE TRANSPORTE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS MUNICIPIOS | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| HOMBRE, FIRMA, CHOPER DE LA UNIDAD | | | | HOMBRE FIRMA Y SELLO | | | | HOMBRE SELLO Y FIRMA | | | | HOMBRE SELLO Y FIRMA | | |
| | | | | PRESIDENTA SHDIF | | | | RESPONSABLE UDR/CRI | | | | PRESIDENCIA MUNICIPAL | | |



Formato Solicitud de Apoyo

En esta hoja se capturan los datos de la persona o familiar que requiere y solicita algún tipo de ortopédico.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

DELEGACIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PROGRAMA FORMACIÓN DE APARATOS REHABILITATORIOS Y AYUDAS FUNCIONALES

SOLICITUD DE APOYO

PUEBLA, PUE. A ____ DE ____ DE 20__

**A QUIEN CORRESPONDA
SISTEMA ESTATAL DIF
PRESENTE**

LA (EL) QUE SUSCRIBE C. _____
DE ____ AÑOS DE EDAD, SEXO: _____, TELÉFONO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____, SE DIRIGE A USTED PARA SOLICITAR SU APOYO.

DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | |
|------------------|------------------|----------------------|-----------|---------------|
| Nombre (O) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Edad | Fecha de nac. |
| Domicilio | | Delegación | Municipio | |
| C.P. | Teléfono | Tipo de discapacidad | | |
| Apoyo solicitado | | | | |

AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU APOYO, ME PERMITO HACERLE LLEGAR UN RESPETUOSO SALUDO.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

Calle 5 de Mayo 1604 Centro Histórico,
Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000,
Hacienda Puebla de Zaragoza, Puebla
(222) 327 6380
DIFestatal.Puebla.gob.mx

PEB-4



Formato Estudio Socioeconómico

en este estudio se plasma el status en el que se encuentra la persona que solicita el aparato Ortopédico

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
 Fecha: _____ R.U.D.: _____ Tipo de apoyo: _____
 Nombre: _____ Edad: _____
 Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre () Viudo ()
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: (F) (M) Teléfono: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio actual: _____

2.- ESTRUCTURA FAMILIAR

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCCUPACIÓN | INGRESOS |
|--------|------|------------|-------------|------------|----------|
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |

INGRESO MENSUAL
 Padre: \$ _____
 Madre: \$ _____
 Hijos: \$ _____
 Otros: \$ _____
TOTAL: \$ _____

EGRESO MENSUAL
 Alimentación: \$ _____
 Renta: \$ _____
 Combustible: \$ _____
 Agua: \$ _____
 Luz: \$ _____
 Transporte: \$ _____
 Otras: \$ _____
TOTAL: \$ _____

3.- TIPO DE ALIMENTACIÓN
 En que se basa su alimentación: _____
 Cuántas veces al día consume sus Alimentos? _____

4.- TIPO DE VIVIENDA
 Propia () Rentada () Prestada () Casa () Departamento () Cuarto ()
 Paredes: Ladrillo () Adobe () Ladrillo () Otros ()
 Techo: Colado () Ladrillo () Tapa () Vigas () Otros ()
 Piso: Lozeta () Cemento () Ladrillo () Tierra () Otros ()

Servicios Públicos con los que cuenta:
 Agua Potable () Drenaje () Luz () Pavimento ()

5.- MOBILIARIO
 No. Camas () No. Pórtales () No. Estufa () No. Refrigerador ()
 No. Lavadora () No. Licudadora () No. Televisor () No. Radio ()

P.C.D.-01

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

DI. SOCIAL:

PLAN SOCIAL Y TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

La información que estoy proporcionando es verídica, sin tener inconveniente que sea corroborada en cualquier momento.

Realizo

Nombre _____ Firma _____ Parentesco _____

P.C.D.-01



Formato Recibo de Donación

Esta hoja se llena posteriormente a la entrega del ortopédico en caso de haber sido beneficiado(a).

RECIBO DE DONACIÓN

RUD: _____

RECIBÍ A MI ENTERA SATISFACCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA, EN CALIDAD DE DONATIVO, LOS APOYOS QUE SE DESCRIBEN: _____

APORTANDO POR MI CUENTA: _____

EL SISTEMA MUNICIPAL DIF CONTRIBUYÓ CON: _____

ASIMISMO DECLARO QUE EL SISTEMA ESTATAL DIF CONTRIBUYÓ CON: _____

EN EL CASO DE QUE LOS BIENES DESCRITOS ANTERIORMENTE NO SE DESTINEN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL SISTEMA ESTATAL DIF, ESTE COMUNICARÁ POR ESCRITO LA REVOCACIÓN DE LA PRESENTE DONACIÓN.

DESPUÉS DE SER LEIDO EL CONTENIDO DEL PRESENTE RECIBO Y ESTANDO DE ACUERDO LOS QUE EN ELLA INTERVINERON, ENTERADOS DE SU CONTENIDO, FUERZA Y ALCANCES LEGALES SE PROCEDE A RATIFICAR Y FIRMAR EL DÍA _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE
EL APOYO: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

FIRMA

ENTREGAN: POR EL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA (LOS DONANTES).

Lic. Rozzina Dumit Bortolotti
DIRECTORA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

TESTIGOS DE ASISTENCIA POR LA LOCALIDAD

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

FIRMA: _____ FIRMA: _____

F.C.D-4



Formato Ecología De la Salud
(1/4)

En este, se concentra la información General de asistentes a las pláticas que se imparten en las instituciones educativas de los Temas que nos proporcionan los 3 Programas de Atención a la Salud

| ASISTENCIA A DESAMPARADOS | | DEPARTAMENTO DE ECOLOGÍA D | |
|--|-------------------------|------------------------------------|--|
| | | DEL: 15 DE FEBRERO AL 15 DE | |
| | | MARZO DE 2019 | |
| ACTIVIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | TOTAL MES | |
| PLÁTICAS A PERSONAS DESAMPARADAS. | PLÁTICA | 4 | |
| Plática-Esquema Básico de Inmunización | Plática | | |
| Plática-Cartilla Nacional de Vacunación | Plática | 4 | |
| Plática Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas | Plática | | |
| Plática-Desparasitación | Plática | | |
| Plática-Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas | Plática | | |
| Plática-Detección de Diabetes | Plática | | |
| Plática-Detección de Estado Nutricional | Plática | | |
| Plática-Detección de Hipertensión Arterial | Plática | | |
| Plática-Educación para la Salud | Plática | | |
| Plática-Prevención de Accidentes y Primeros Auxilios | Plática | | |
| ASISTENTES A PLÁTICAS | PERSONA | 73 | |
| Total de mujeres asistentes a pláticas | Mujer | 36 | |
| Total de hombres asistentes a pláticas | Hombre | 37 | |
| Asistentes a Plática- Esquema Básico de Inmunización | Persona | 0 | |



| | | |
|--|----------------|----------|
| Mujer asistente a Plástica en inmunización | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica en inmunización | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Cartilla Nacional de Vacunación | Persona | 0 |
| Mujer asistente a Plástica en vacunación | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica en vacunación | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas | Persona | 0 |
| Mujer asistente a Plástica en Enfermedades Diarréicas | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica en Enfermedades Diarréicas | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Desparasitación | Persona | 0 |
| Mujer asistente a Plástica en Desparasitación | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica en Desparasitación | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas | Persona | |
| Mujer asistente a Plástica en Infecciones Respiratorias Agudas | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica en Infecciones Respiratorias Agudas | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Detección de Diabetes | Persona | |
| Mujer asistente a Plástica en Detección de Diabetes | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica en Detección de Diabetes | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Detección de Estado Nutricional | Persona | |
| Mujer asistente a Plástica en Estado Nutricional | Mujer | |

| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS | CONSULTA | |
|--|-------------------|--|
| Total de Mujeres asistentes a Consulta Odontológica | Mujer | |
| Total de Hombre asistentes a Consulta Odontológica | Hombre | |
| Consultas -Odontología Curativa | Consulta | |
| Mujeres con Consultas-Odontología Curativa | Mujer | |
| Hombres con Consultas-Odontología Curativa | Hombre | |
| Consultas -Atención Odontológica Especializada | Consulta | |
| Mujeres con Consultas-Atención Odontológica Especializada | Mujer | |
| Hombres con Consultas-Atención Odontológica Especializada | Hombre | |
| Consultas -Atención Quirúrgica Odontológica | Consulta | |
| Mujeres con Consultas-Atención Quirúrgica Odontológica | Mujer | |
| Hombres con Consultas-Atención Quirúrgica Odontológica | Hombre | |
| Consultas.- Odontopediatría | Consulta | |
| Niña con Consultas-Odontopediatría | Niña | |
| Niño con Consultas-Odontopediatría | Niño | |
| APLICACIÓN DE FLÚOR | APLICACIÓN | |
| Total Niñas con aplicación de flúor | Niña | |
| Total Niños con aplicación de flúor | Niño | |
| Aplicación de Flúor (Odontología Preventiva) | Aplicación | |

(2/4)



| | | |
|--|----------------|------------|
| Mujer asistente a Plástica-Prom. de la Campaña médico-quirúrgica | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica-Prom. de la Campaña médico-quirúrgica | Hombre | |
| Asistentes a Plástica-Lactancia Materna | Persona | |
| Mujer asistente a Plástica-Lactancia Materna | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica-Lactancia Materna | Hombre | |
| Asistentes a Plástica-Prom. y Difus. s/Clima y Menopausia | Persona | |
| Mujer asistente a Plástica-Prom. y Difus. s/Clima y Menopausia | Mujer | |
| Hombre asistente a Plástica-Prom. y Difus. s/Clima y Menopausia | Hombre | |
| Asistentes a Plástica-Prom. para el Cont. De Enfermedades de Transm. Sexual | Persona | |
| Mujer asistente a Plástica-Prom. para el Cont. de Enfermedades de Transm. Sexual | Mujer | |
| Hombres asistente a Plástica-Prom. para el Cont. de Enfermedades de Transm. Sexual | Hombre | |
| Asistentes a Plástica-Detección de Cáncer Cérvico Uterino | Persona | |
| Mujer asistentes a Plástica-Detección de Cáncer Cérvico Uterino | Mujer | 121 |
| Hombres asistentes a Plástica-Detección de Cáncer Cérvico Uterino | Hombre | |
| Asistentes a Plástica-Detección de Cáncer de Mama | Persona | |
| Mujer asistentes a Plástica-Detección de Cáncer de Mama | Mujer | |
| Hombre asistentes a Plástica-Detección de Cáncer de Mama | Hombre | |
| Asistentes a Plástica- Atención Prenatal | Persona | |
| Mujer asistentes a Plástica-Atención Prenatal | Mujer | |

| ESTOMATOLOGÍA-SALUD BUCAL | | DEL: 15 DE FEBRERO AL 15 DE MARZO DE 2019 | |
|--|------------------|---|--|
| ACTIVIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | TOTAL MES | |
| PLÁTICAS DE SALUD BUCAL | PLÁTICA | 6 | |
| Plástica-Odontología Preventiva | Plástica | 6 | |
| Plástica- Atención Odontológica | Plástica | | |
| Plástica- Atención Odontopediatría | Plástica | | |
| TOTAL DE ASISTENTES A PLÁTICAS DE SALUD BUCAL | PERSONA | 168 | |
| Total Mujeres asistentes a Plásticas | Mujer | 77 | |
| Total Hombres asistentes a Plásticas | Hombre | 91 | |
| Asistentes a Plástica-Odontología Preventiva | Persona | | |
| Mujeres asistentes a Odontología Preventiva | Mujer | 77 | |
| Hombres asistentes a Odontología Preventiva | Hombre | 91 | |
| Asistentes a Plástica- Atención Odontológica | Persona | | |
| Mujeres asistentes a Atención Odontológica | Mujer | | |
| Hombres asistentes a Atención Odontológica | Hombre | | |
| Asistentes a Plástica- Atención Odontopediatría | Persona | | |
| Niñas asistentes a Atención Odontopediatría | Niña | | |
| Niños asistentes a Atención Odontopediatría | Niño | | |

| SALUD REPRODUCTIVA | | DEL: 15 DE FEBRERO AL 15 DE MARZO DE 2019 |
|--|------------------|---|
| ACTIVIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | TOTAL MES |
| PLÁTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA | PLÁTICA | |
| Plática-Planificación Familiar | Plática | |
| Plática-Prom. de la Campaña médico-quirúrgica | Plática | |
| Plática-Lactancia Materna | Plática | |
| Plática-Prom. y Difus. s/Clima y Menopausia | Plática | |
| Plática-Prom. para el Cont. de Enfermedades de Transm. Sexual | Plática | |
| Plática-Detección de Cáncer Cérvico Uterino | Plática | 5 |
| Plática-Detección de Cáncer de Mama | Plática | |
| Plática-Atención Prenatal | Plática | |
| ASISTENTES A PLÁTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA | PERSONA | |
| Total de Mujeres asistentes | Mujer | 121 |
| Total de Hombres asistentes | Hombre | |
| Asistentes a Plática-Planificación Familiar | Persona | |
| Mujer asistente a Plática-Planificación Familia | Mujer | |
| Hombre asistente a Plática-Planificación Familia | Hombre | |
| Asistentes a Plática-Prom. de la Campaña médico-quirúrgica | Persona | |



CEDULA DE INFORMACION SOCIOECONOMICA Y HOGARES BENEFICIADOS (CIB)

FECHA DE DEVENIMIENTO: _____ LUGAR: _____ CONSECUTIVO DE DIA: _____

RESPONSABLES DE LA INFORMACION RECABADA

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____
 NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____
 NOMBRE DEL CAPTURISTA: _____
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONARA LA INFORMACION El parentesco o colación que apoye el llenado de esta cédula, proporciona la información cobundándose en el lugar de la persona con discapacidad

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____
 EDAD: _____ SEXO: F M TELEFONO: _____
 PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO O PERSONA CON DISCAPACIDAD: _____
 MADRE: _____ MADRE: _____ TUTOR: _____ (PARENTESCO): _____ (ABUELO/A): _____ (TIO/A): _____ OTRO, especifique: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO O PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____
 EDAD: _____ SEXO: F M TELEFONO: _____

DOMICILIO DEL BENEFICIARIO O PERSONA CON DISCAPACIDAD

Calle, Avenida, Callejón, Carretera, Camino, Boulevard, Km: _____ No. Interior: _____ No. Exterior: _____ Colonia, Fraccionamiento, Barrio, Unidad Habitacional: _____ Código Postal: _____
 MUNICIPIO DE LE GACIÓR: _____ CLAVE: _____
 CIUDAD: _____ CLAVE: _____ Referencia de ubicación, junto, frente, atrás, cerca de: _____
 ESTADO: _____ CLAVE: _____ LOCALIDAD: _____ CLAVE: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD

MOTRIZ: VISUAL MENTAL AUDITIVA LENGUAJE OTRA, especifique: _____

OTROS

¿PRACTICA ALGUN DEPORTE? SI NO EN CASO DE SER AFIRMATIVO MENCIONES QUE DEPORTE ES EL QUE PRACTICA: _____
 ¿PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL? SI NO ¿CUAL? _____

COMENTARIOS U OBSERVACIONES

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes.
 Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos.
 Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la Ley aplicable y ante una autoridad competente.

hoja 1 de 4

CEDULA DE INFORMACION SOCIOECONOMICA Y HOGARES BENEFICIADOS (CIB)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ CIB: _____

DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

| | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE EN | SEXO | | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | | | PARENTESCO | ESTADO CIVIL |
|----|------------------|------------------|-----------|------|---|------|---------------------|-------|-----|------------|--------------|
| | | | | H | M | | DIA | MESES | AÑO | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |

DEL HOGAR

1. ¿Cuántas personas habitan su vivienda? _____
 2. ¿Cuántas personas con discapacidad viven con usted? _____
 3. ¿Cuántas personas con discapacidad viven con usted? _____
 4. Del recuento anterior en que número se encuentra la (s) persona (s) que tiene Discapacidad? _____
 5. ¿En que número se encuentra el Jefe de Hogar? _____
 Considere que el Jefe de Hogar es aquel que aporta más dinero al Hogar.

hoja 2 de 4



Formato de cédula de información socio-económica (2/2)

| CEDULA DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y HOGARES BENEFICIADOS (CIS) | | | | | | | | | | |
|---|-------------|---------|----|-----------|-----------------|---------------------------------|---|----------------------------|----------|----|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | | | | | | | | CURP | | |
| INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | | | | | | | | | | |
| ESTUDIA | ESCOLARIDAD | TRABAJA | | OCUPACIÓN | INGRESO MENSUAL | APORTACIÓN MENSUAL AL HOGAR | APOYO OTORGADO - PERSONA CON DISCAPACIDAD | | | |
| | | SI | NO | | | | TIPO DE APOYO SOLICITADO | COSTO APROXIMADO DEL APOYO | OTORGADO | SI |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | APORTACIÓN TOTAL MENSUAL | | | | |

Relacione el apartado de arriba con el número que corresponda en cada sección.

| PARENTESCO | |
|-------------|----|
| Papá (a) | 1 |
| Mamá | 2 |
| Hijo (a) | 3 |
| hermano (a) | 4 |
| Tía (a) | 5 |
| Nieto (a) | 6 |
| Perno (a) | 7 |
| Sobrina (a) | 8 |
| Ahijado (a) | 9 |
| Cuñado (a) | 10 |
| Suegro(a) | 11 |
| Conufo(a) | 12 |
| hermano (a) | 13 |
| especifique | |

| ESTADO CIVIL | |
|--------------|---|
| Soltero (a) | 1 |
| Casado (a) | 2 |
| Viudo(a) | 3 |
| Unión Libre | 4 |
| Separado (a) | 5 |
| Total | |

| ESCOLARIDAD | |
|-----------------------------|----|
| Ninguno | 1 |
| Preescolar / trunco | 2 |
| Preescolar / terminado | 3 |
| Primaria / trunco | 4 |
| Primaria / terminado | 5 |
| Secundaria / trunco | 6 |
| Secundaria / terminado | 7 |
| Preparatoria / trunco | 8 |
| Preparatoria / terminada | 9 |
| Carrera Técnica / trunco | 10 |
| Carrera Técnica / terminada | 11 |
| Universidad / trunco | 12 |
| Universidad / terminada | 13 |
| Maestría / trunco | 14 |
| Maestría / terminada | 15 |
| Doctorado / trunco | 16 |
| Doctorado / terminada | 17 |
| Total - especifique | |

| OCUPACIÓN | |
|------------------------------|----|
| Jornalero Rural | 1 |
| Peón de Campo | 2 |
| Abañal | 3 |
| Cólera | 4 |
| Artesano | 5 |
| Empleado | 6 |
| Patron de un negocio | 7 |
| Profesionalista | 8 |
| Trabajador por cuenta propia | 9 |
| Empleado doméstico | 10 |
| Comerciante establecido | 11 |
| Comerciante ambulante | 12 |
| Total | |

| INGRESO MENSUAL | | |
|-----------------|------------------|---|
| 0 - 1 am | \$ 100 - 1,517 | 1 |
| 1 - 3 am | \$ 1,517 - 6,268 | 2 |
| 4 - 6 am | \$ 6,269 - 7,330 | 3 |
| 7 - 8 am | \$ 7,330 - 9,102 | 4 |
| 9 - más am | \$ 9,102 + más | 5 |
| Total | | |

| CEDULA DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y HOGARES BENEFICIADOS (CIS) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------|---|--------------------|--|---|--|----------|--|-----------|--|-------------|--|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | | | | | | | | CURP | | | | | | | |
| TRABAJO, SERVICIO MÉDICO Y DISCAPACIDAD. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿En su trabajo actual usted se desempeña como? | | 2. ¿Alguno de los miembros de la familia cuenta con algún apoyo del Gobierno? | | | 3. ¿Algún miembro de la familia tiene derecho algún servicio médico? | | | 4. Cuántas personas de la familia padecen de algún tipo de discapacidad, contándose a usted? | | | | | | | |
| 1. Jornalero Rural 2. Peón de Campo 3. Abañal 4. Cólera 5. Artesano 6. Empleado 7. Patron de un negocio 8. Profesionalista 9. Trabajador por cuenta propia 10. Empleado doméstico 11. Comerciante Establecido 12. Comerciante Ambulante | | 1. Despensa DIF 2. Oportunidades 3. Hospital 4. Lincolnia 5. Guarderías y Estancias Infantiles 6. Apoyos Adultos Mayores 7. Madres Solteras 8. Otros, especifique | | | 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. Defensa O Marina 5. Hospital Privado 6. Seguro Popular 7. No Tiene Servicio Médico 8. Otro, Especifique | | | TIPO DE DISCAPACIDAD 1. MÓVIC 2. VISUAL 3. MENTAL 4. AUDITIVA 5. DE LENGUAJE 6. OTRO 7. Especifique | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Tipo de Vivienda | | 6. Material de los techos | | | 7. Material de los muros de la vivienda | | | 8. ¿La vivienda cuenta con? | | | | | | | |
| 1. Casa Independiente 2. Anexo a casa 3. Departamento en edificio 4. vivienda o cuarto en vecindad 5. vivienda o cuarto en la azotea 6. Local no construido/habitación 7. vivienda móvil 8. Refugio 9. Otro | | 1. Losa de concreto 2. Teja 3. Palma, Tejamanil o madera 4. Lámina galvanizada/acabasto 5. Lámina de cartón 6. Material de desecho 7. Carizo, bambú o palma 8. Otros materiales | | | 1. Tabique, ladrillo, block, piedra o cemento. 2. Adobe 3. Madera 4. Lámina de cartón 5. Material de desecho 6. Barro o bajareque 7. Carizo, bambú o palma 8. Otros materiales | | | 1. Agua de yacimiento 2. Agua enlubada en el terreno? 3. Agua enlubada al interior? 4. Baño o setrina para uso exclusivo? 5. Baño o setrina c/compartida? 6. Agua corriente en el baño o setrina? 7. Energía eléctrica? | | | | | | | |
| 10. ¿Cuántos cuartos de su vivienda se usan para dormir? | | 9. ¿De qué material es la mayor parte del piso de la vivienda? | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1. Tierra 2. Cemento o lime 3. Wopaco, moctra, u otro | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILIARIO DE LA VIVIENDA | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Dispone familia de: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estrufa de gas | | Refrigerador | | Televisor | | Video cámara o DVD | | Lavadora de ropa | | Teléfono | | Automóvil | | Computadora | |


DECLARO BAJO PROMESA DE DECIR LA VERDAD QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL CUERPO DE ESTE FORMULARIO ES VERDADERA. EN CASO CONTRARIO ACEPTO SER CANCELADO EL APOYO DEL PROGRAMA.

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO


hoja 4 de 4



Formato de Semana Nacional de Salud Bucal (1/2)



SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
SEMANA NACIONAL DE SALUD BUCAL
DEL ___ AL ___ DE _____ DE _____



| | | | |
|--|--|--------------|-----------------|
| | AÑO MES | | |
| ESTADO: | PUEBLA SISTEMA DIF ESTATAL | INSTITUCION: | DIF ESTATAL |
| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS | | | HOJA 172 |
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ | META | | % |
| CONSULTAS SUBSECUENTES | | | |
| TOTAL DE CONSULTAS | 0 | 0 | |
| A C T I V I D A D E S | INTRAMUROS y EXTRAMUROS | | |
| | DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA * | | |
| | INSTRUCCIÓN EN TÉCNICA DE CEPILLADO * | | |
| | INSTRUCCIÓN DE USO DEL HILO DENTAL * | | |
| | ENJUAGUES DE FLUORURO DE SODIO (AUTOAPLICACIONES)* | | |
| | REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES* | | |
| | REVISIÓN E INSTRUCCIÓN DE HIGIENE DE PRÓTESIS* | | |
| | INSTRUCCIÓN DE AUTOEXAMEN DE CAVIDAD BUCAL | | |
| | SUBTOTAL 1 | | |
| | INTRAMUROS | | |
| | PROFILAXIS* | | |
| | ODONTÓXESIS | | |
| | APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO | | |
| SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS | | | |
| SUBTOTAL 2 | | | |
| TOTAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS | | | |
| SESION SOBRE SALUD BUCAL | | | |
| A S I S T E N C I A | OBTURACION CON AMALGAMA | | |
| | OBTURACION CON RESINA | | |
| | OBTURACION CON IONOMERO DE VIDRIO (INTRAMUROS) | | |
| | TRATAMIENTO RESTAURATIVO ATRAUMÁTICO (TRA) | | |
| | CURACION CON MATERIAL TEMPORAL | | |
| | EXTRACCIONES TEMPORALES | | |
| | EXTRACCIONES PERMANENTES | | |
| | TERAPIA PULPAR | | |
| | CIRUGIA BUCAL | | |
| | FARMACOTERAPIA | | |
| OTRAS ATENCIONES | | | |
| RADIOGRAFIAS | | | |
| TOTAL DE ACTIVIDADES CURATIVAS | | | |
| UNIVERSO | ESCUELAS | | |
| | UNIDADES DE SALUD | | |
| | OTROS (FERIAS DE SALUD, PLAZAS, MERCADOS, ETC.) | | |
| TOTAL | | | |
| BENEFICIADOS | MENORES DE 20 AÑOS | | |
| | 20 AÑOS O MAS | | |
| | TOTAL DE BENEFICIADOS | | |
| PERSONAL PARTICIPANTE | PERSONAL DE SALUD | | |
| | OTROS | | |
| | TOTAL | | |

* ESQUEMA BÁSICO DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL ADECUADO A CADA GRUPO DE EDAD

Formato de Semana Nacional de Salud Bucal (2/2)



VII. Coordinación de Salud Mental

El área de asistencia a la salud o Salud Mental del Sistema DIF Municipal Tlachichuca, está encaminada a realizar acciones de prevención en sus diferentes programas, a través de información y sensibilización con temas que se imparten en pláticas y talleres los cuales les proporcionen información útil que utilicen como herramienta para saber identificar situaciones de riesgo a las que estén expuestos, promover y desarrollar entornos seguros para un estilo de vida saludable.

La Organización Mundial de la Salud define la Salud Mental “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, es por eso que dentro de las actividades de esta área se brinda asesoría y atención psicológica al público en general.

puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, es por eso que dentro de las actividades de esta área se brinda asesoría y atención psicológica al público en general.

1. Realizar talleres, conferencias y pláticas de enfoque preventivo.
2. Brindar asesoría y terapia psicológica al público en general.
3. Desarrollar actividades de las semanas nacionales de salud

Coordinación de Salud Mental



MISIÓN

Desarrollar y fomentar estrategias que permitan prevenir situaciones de riesgo en niños, niñas, adolescentes y grupos vulnerables, en los principales ámbitos donde se desenvuelven, como la familia la escuela y la comunidad con una participación activa en el autocuidado y cuidado mutuo de la salud integral.

VISIÓN

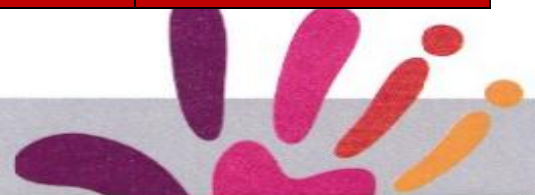
El área de atención a la salud está encaminada a realizar acciones de prevención en sus diferentes programas, a través de información y sensibilización con temas que se imparten en pláticas y talleres, promoviendo y desarrollando un entorno seguro en una vida saludable.

OBJETIVO

Brindar información preventiva sobre cómo mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio.

VII.I. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PLÁTICAS Y TALLERES DE ENFOQUE PREVENTIVO

| Responsables | Actividades | Formato |
|--------------|-------------|---------|
|--------------|-------------|---------|



| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Solicitante. | Inicio del Procedimiento Entrega oficio de solicitud de platica o taller a dirección general especificando tema, público a quien va dirigido, hora, día, y lugar donde se pretende llevar a cabo la plática o taller. | Oficio de Solicitud. |
| Dirección del Sistema DIF Municipal. | Recibe y canaliza el oficio al área de salud mental para ser contestado. | Oficio de Solicitud. |
| Área de Salud Mental. | Se comunica con el solicitante para confirmar actividad, tema, lugar y fecha. | N/A |
| Área de Salud Mental. | Se organiza con Dirección del Sistema DIF Municipal el transporte. | N/A |
| Área de Salud Mental. | Presenta el taller, conferencia o platica y reúne evidencias (listas de asistencia y fotografías). Da a firmar y sellar listas de asistencia a director de la institución. | Listas de asistencia. |
| Área de Salud Mental. | Realiza informe mensual, de actividades donde se reporta cuantitativa y cualitativamente las pláticas y talleres que se impartieron. | -Formatos de Informes Cuantitativos y cualitativos. |
| Área de Salud Mental | Entrega informe a Coordinación General de Salud de Delegación 13. | -Formatos de Informes Cuantitativos y cualitativos. |
| Delegación 13 Regional del SEDIF. | Recibe informes, firma de recibido el acuse y posterior envía a SEDIF. | -Formatos de Informes Cuantitativos y cualitativos. |
| Área de Salud Mental | Archiva su acuse firmado como evidencia del trabajo realizado. Fin del Procedimiento | Acuse |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 20 días hábiles | |

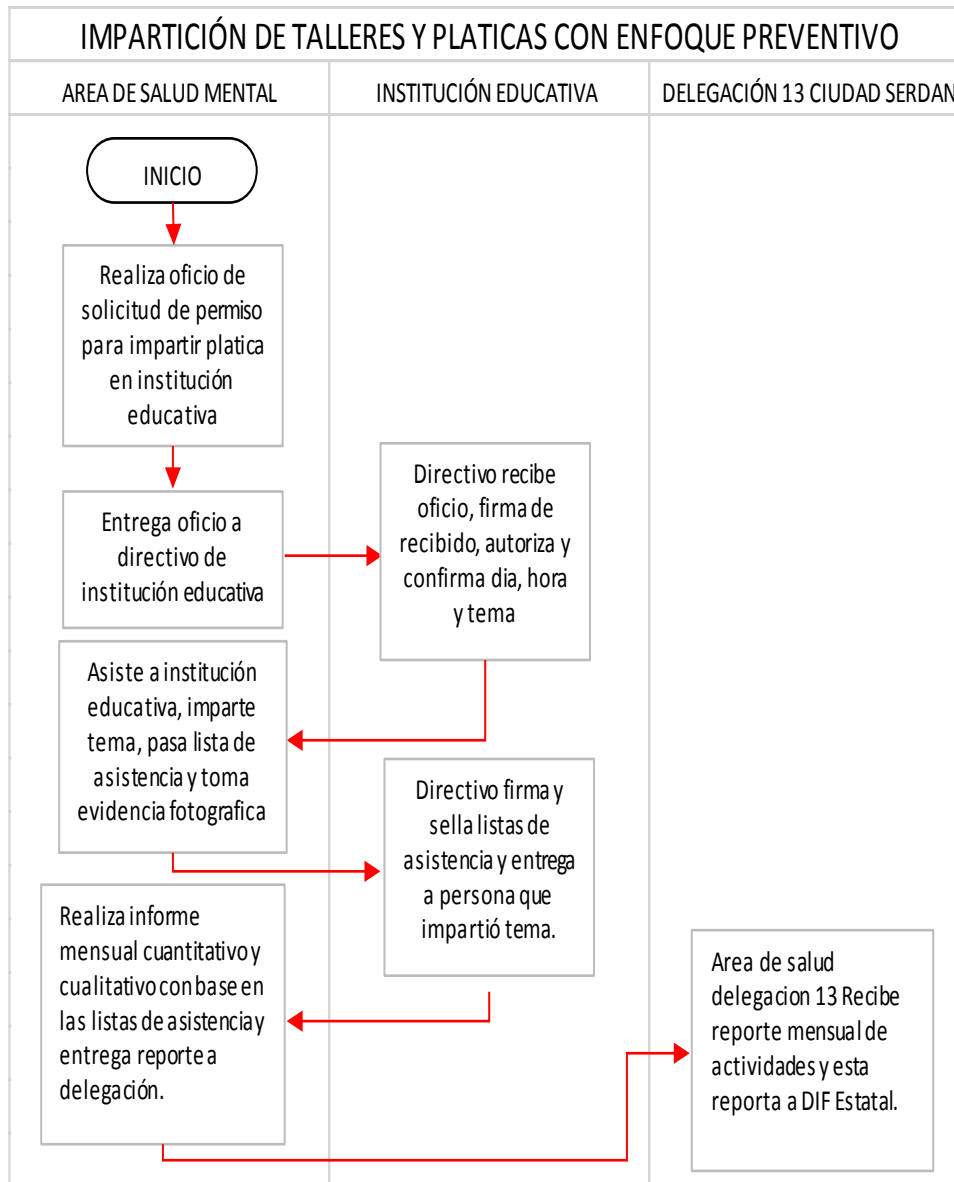


VII.II NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE ÁREA DE SALUD MENTAL

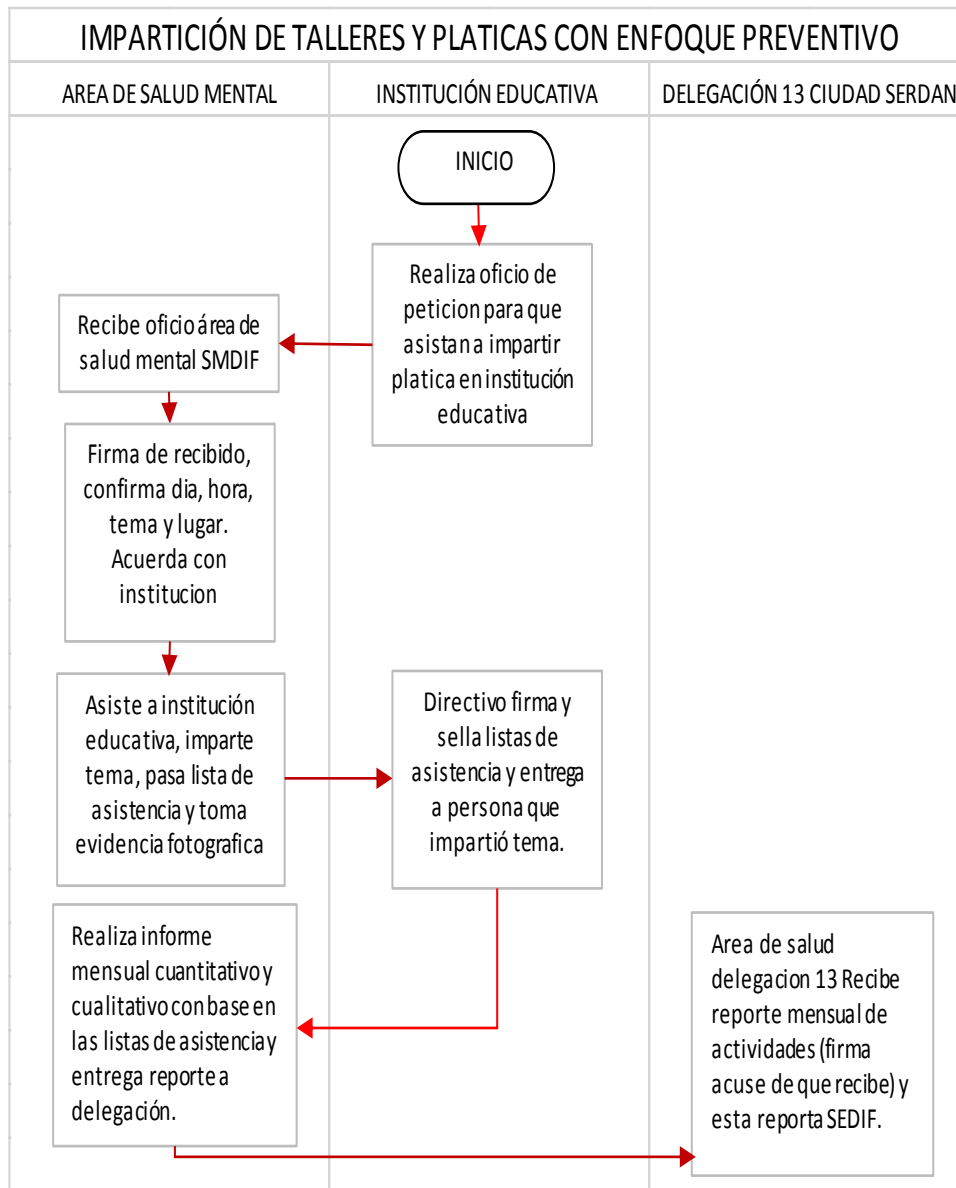
| Normas de operación. | Políticas de operación. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar pláticas, talleres y terapias familiares contra la violencia intrafamiliar, dirigidos a los padres de familia, instituciones educativas y personas o grupos interesados en el tema. - Dirigir el otorgamiento de servicios de atención psicológica, y valoraciones. - Otorgar los servicios de atención psicológica con eficiencia y calidad. - Implementar acciones, por medio de los programas a fin de contribuir a la prevención de problemáticas sociales que repercuten en el bienestar psicológico, así como en la salud mental de las personas. - Desarrollar talleres y capacitaciones a fin de fomentar habilidades para la vida y el buen trato, dirigidos a niños y niñas, adolescentes, padres, madres y tutores. - Promover el desarrollo integral de la familia, a través del enfoque de la perspectiva familiar y comunitaria. | <ul style="list-style-type: none"> Se Realizan talleres, conferencias y pláticas de enfoque preventivo. -El solicitante deberá entregar un escrito a la Presidenta del Sistema DIF Municipal especificando el tema y la acción que se requiere con hora, día, mes y lugar donde se pretende llevar a cabo. -La Coordinación de Salud Mental asiste a realizar la actividad solicitada, se recabarán firmas y fotografías como evidencias del trabajo. -Se realizan los reportes correspondientes y se entregan a delegación regional 13. -Solicitar una cita en la Coordinación de Salud Mental. -Se entrevista en primera instancia, se evalúa psicológicamente, se realiza el trabajo terapéutico, dando seguimiento hasta el alta. - Elegir instituciones donde se desee trabajar la semana de Salud Mental, así como las actividades a realizar. -Realizar reporte para Coordinación General de Salud de Delegación 13. |



VII.III DIAGRAMA DE FLUJO UNO



VII.IV. DIAGRAMA DE FLUJO DOS.



VII.V. PRESENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ASESORÍA Y TERAPIA PSICOLÓGICA

OBJETIVO

Brindar el servicio de asesoría o terapia psicológica de acuerdo a las necesidades del solicitante.

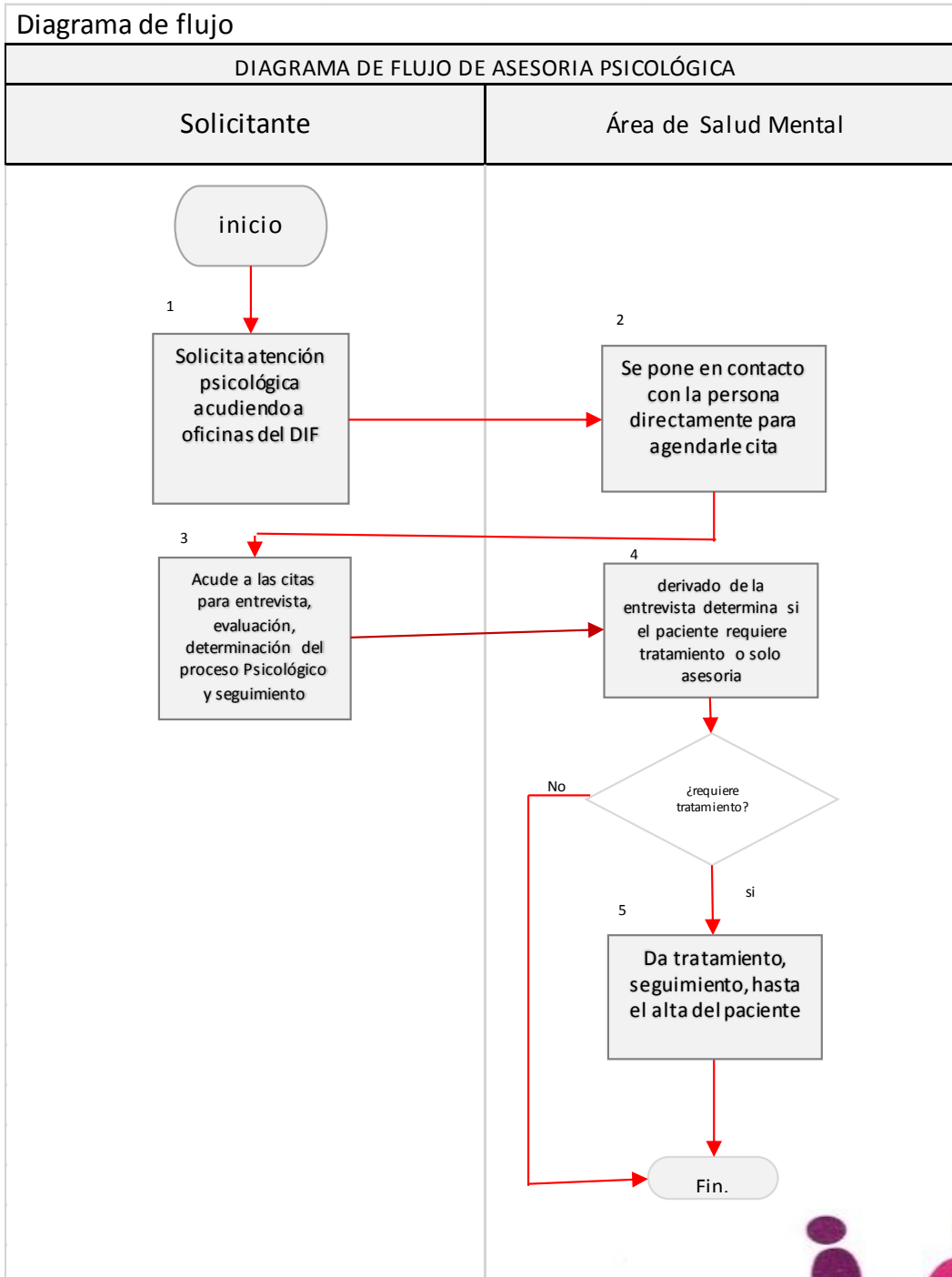
VII. VI. Descripción del procedimiento

| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|-----------------------|---|-------------------------------------|
| Solicitante. | Inicio del procedimiento Solicita atención psicológica, acudiendo a las oficinas del DIF. | N/A |
| Área de Salud Mental. | Se pone en contacto con la persona directamente para agendar su cita. | N/A |
| Solicitante. | Acude a cita para entrevista inicial. | |
| Área de Salud Mental. | Mediante la entrevista inicial se determina si el paciente requiere solo asesoría, terapia psicológica o canalización para atención psiquiátrica. | -Hoja de entrevista. |
| Área de Salud Mental. | Si el diagnóstico tentativo sugiere valoración psiquiátrica. Se le canaliza a Sector Salud para que se le brinde la referencia necesaria. Solo si el solicitante lo autoriza. | -Hoja de referencia de sector salud |
| Área de Salud Mental. | Si requiere asesoría o terapia psicológica se le brinda el servicio, si el solicitante lo autoriza. | |
| Área de Salud Mental. | Lleva a cabo el tratamiento psicológico hasta el alta del paciente. Fin del procedimiento | N/A |



| | | |
|-------------------------------------|-------------|--|
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 2 día hábil | |
|-------------------------------------|-------------|--|

VII.VI DIAGRAMA DE FLUJO DE ASESORÍA PSICOLÓGICA



VII.VIII PROCEDIMIENTOS, SEMANA NACIONALES DE SALUD MENTAL

OBJETIVO:

Por medio de actividades recreativas se dan a conocer temas de suma importancia a la población con el objetivo de prevenir, informar y orientar.

VII.VII Descripción del procedimiento de las semanas nacionales de salud.

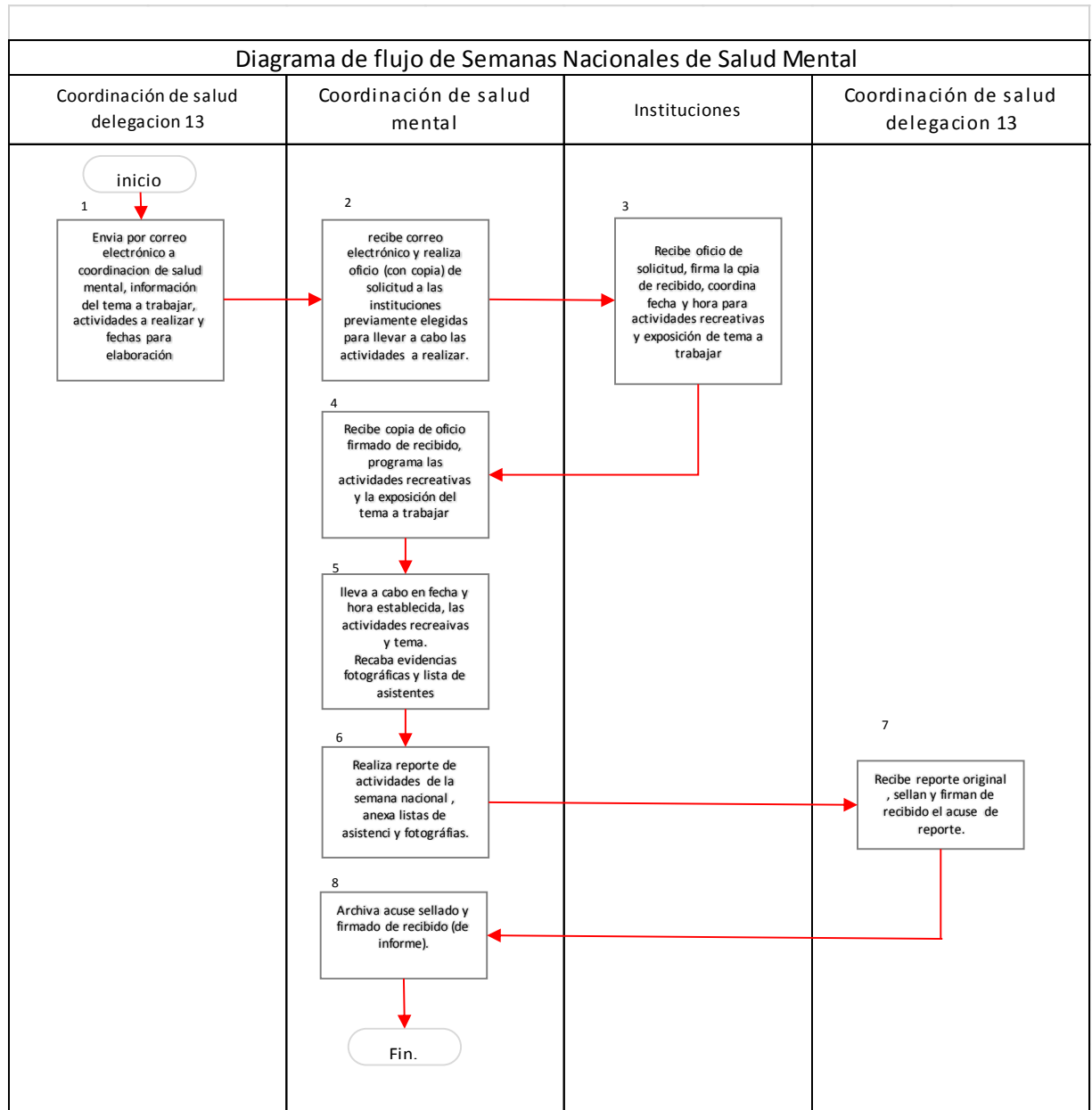
| Responsables | Descripción de Actividades | Formato |
|--|---|-------------------------------|
| Coordinación General De Salud De Delegación 13, Cd, Serdán | Inicio del Procedimiento Envía por correo electrónico al Área de Salud Mental la información del tema a presentar, actividades a realizar y fechas para desarrollarlas. | N/A |
| Área de Salud Mental. | Recibe correo electrónico y realiza Oficio (con copia) de Solicitud a las instituciones previamente elegidas para llevar a cabo las actividades. | N/A |
| Instituciones. | Recibe oficio de Solicitud, firma la copia de recibido y coordina fecha y hora para las actividades y exposición del tema a tratar. | Oficio de Solicitud. |
| Area de Salud Mental. | Recibe copia de oficio firmado de recibido, programa las actividades y la exposición del tema a tratar. | Copia de oficio de solicitud. |
| Área de Salud Mental. | Lleva a cabo en fecha y hora establecidas las actividades, así como las exposiciones del tema. Recaba evidencias fotográficas y firmas de asistentes mediante la lista de asistencia. | Lista de Asistencia. |



| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| Área de Salud Mental. | Realiza reportes para coordinación general de Salud de Delegación 13, de las actividades realizadas, vacía datos de los asistentes en los formatos que maneja la Coordinación General e incluye listas de asistencia y evidencias fotográficas (con copia). | Reporte Cuantitativos y cualitativos. |
| Coordinación General De Salud De Delegación 13. | Reciben reportes originales y copia, firman de recibido el acuse. | N/A |
| Área de Salud Mental. | Archiva el acuse ya firmado de recibido. Fin del Procedimiento. | N/A |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 5 días hábiles. | |



VII.VIII. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA SEMANA NACIONAL DE LA SALUD MENTAL



VII. IX Glosario de Términos

Atención psicología: pretende facilitar al consultante que “preste atención” (sea consciente) los procesos internos que ocurren en él, que los conozca, y solo después evalué que hacer con aquello que observo en sí.

Coordinación de Salud Mental: combinación de acciones ordenada orientadas a mejorar la calidad psicológica de una población.

DIF: Desarrollo Integral de la Familia.

Paidopsiquiátrico: hospital o clínica que brinda tratamiento especializado en psiquiatría a menores de edad

Psiquiátrico: hospital o clínica que alberga a los enfermos mentales mientras reciben tratamiento.

Semana Nacional y Estatal de Salud Mental: semanas donde todas las actividades que se realizan se enfocan a cierto tema por lo regular preventivo.

Sector de Salud: aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria.



2. Informe Cuantitativo de “Riesgos Psicosociales Adicciones” para Coordinación General De Salud.


| MUNICIPIOS | | PROMOTORES | | | BENEFICIARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-------|-------|---------------|---------|---------|-------|-------------|---------|---------|-------|--------------|---------|---------|-------|--------------|---------|---------|-------|--------------------|---------|---------|-------|
| | | | | | 4 A 6 AÑOS | | | | 7 A 12 AÑOS | | | | 13 A 18 AÑOS | | | | 19 A 24 AÑOS | | | | MAYORES DE 25 AÑOS | | | |
| ACTIVIDAD DESARROLLADA | | SEDF | SMDIF | OTROS | GRUPOS | MUJERES | HOMBRES | TOTAL | GRUPOS | MUJERES | HOMBRES | TOTAL | GRUPOS | MUJERES | HOMBRES | TOTAL | GRUPOS | MUJERES | HOMBRES | TOTAL | GRUPOS | MUJERES | HOMBRES | TOTAL |
| TALLER DE MITOS Y REALIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TALLER DE HABILIDADES PARA LA VIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 RECOMENDACIONES PARA PREVENIR QUE TUS HIJOS UTILICEN DROGAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TALLER LA FAMILIA LA MEJOR FORTALEZA CONTRA LAS ADICCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLATICAS Y CONFERENCIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON TEMAS PREVENTIVOS (TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, ADICCIONES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS (FORO, DESFILES, FERIAS, CAMPAÑAS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANALIZACIONES (CAPA- C.I.J, OTROS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Informe Cuantitativo de “Prevención de la Explotación Sexual Infantil” para
Coordinación General De Salud De Delegación 13, CD. Serdán




Lista de asistencia de platicas o talleres que se imparten



SISTEMA ESTADAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA
PUEBLA

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA
DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD, DELEGACION REGIONAL 13 CIUDAD SERDAN
DIF MUNICIPAL TLACHICHUCA PUE.
LISTA DE ASISTENCIA



DIF
MUNICIPAL
TLACHICHUCA

TEMA: _____ FECHA: _____ NOMBRE DE QUIEN IMPARTE PLATICA: _____

LUGAR CEDE: _____ PROGRAMA: _____

| N° | NOMBRE | SEXO | EDAD | FIRMA |
|----|--------|------|------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |

| RANGO DE EDAD | | | |
|---------------|-------|-------|-------|
| | 11-15 | 16-18 | 19-24 |
| HOMBRES | | | |
| MUJERES | | | |
| TOTALES | | | |

PSIC. MARIA FATIMA MORALES SOSA
CEDULA PROFESIONAL 7390770

C. MONSERRAT MORALES MARTINEZ
PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL

NOMBRE, FIRMA Y SELLO
INSTITUCION ESCOLAR



Lista de asistencia del programa buen trato.



ESTADO PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA
PUEBLA



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA
DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD DELEGACION REGIONAL 13 CIUDAD SERDAN
LISTA DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA PLATICA IMPARTIDA: _____ FECHA: _____

LUGAR SEDE: _____ MUNICIPIO: _____

NOMBRE DE QUIEN IMPARTE PLATICA: _____

| N° | NOMBRE | EDAD | SEXO | | DOMICILIO/ESCUELA | GRADO Y GRUPO |
|----|--------|------|------|---|-------------------|---------------|
| | | | H | M | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

| RANGO DE EDADES | | |
|-----------------|-------|----------------|
| 0-17 | 18-64 | 65 EN ADELANTE |
| HOMBRES | | |
| MUJERES | | |
| TOTALES | | |

HOMBRES

MUJERES

TOTALES



NOMBRE, FIRMA Y SELLO
INSTITUCIÓN ESCOLAR

NOMBRE, FIRMA Y SELLO
CEDULA PROFESIONAL
7180770

NOMBRE, FIRMA Y SELLO
RESIDENTA SMDIF



Lista de asistencia de atención psicológica.

|  SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PUEBLA | | | | | | | | | |  ASISTENCIA PSICOLOGICA | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------|------|---------------------|--------------------------------------|---|------------------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No | FECHA DE ATENCION | NOMBRE COMPLETO | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | | TIPO DE ATENCION | LOCALIDAD | DOMICILIO | FIRMA | | | | | | | | | |
| | | | | | H | M | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PSIC. MARIA FÁTIMA MORALES SOSA | | | | | C. MONSERAT MORALES MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | |
| CEDULA PROFECIONAL 7390770 | | | | | PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL | | | | | | | | | | | | | | |



**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DELEGACIÓN 13 CIUDAD SERDÁN
ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA**

Ficha de identificación.

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: F () M ()

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Grado de Estudios: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Motivo de consulta

Antecedentes

Sintomatología actual: (física y conductual)

Indicaciones Generales



DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR.

Nombre del Padre de familia: _____
Edad: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Estado general de salud: _____
Estado civil: _____

Nombre de la Madre de familia: _____
Edad: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Estado general de salud: _____
Estado civil: _____

Familiares Cercanos co-habitantes en el hogar.

Nombre _____ sexo: M () F () Edad ____ Parentesco _____
Nombre _____ sexo: M () F () Edad ____ Parentesco _____
Nombre _____ sexo: M () F () Edad ____ Parentesco _____
Nombre _____ sexo: M () F () Edad ____ Parentesco _____
Nombre _____ sexo: M () F () Edad ____ Parentesco _____

Considera que su familia es integrada, funcional (), desintegrada, disfuncional ().

Antecedentes Heredo Familiares

Algún miembro de la familia presenta o presentó padecimientos orgánicos funcionales importantes si__ no__.

¿Qué tipo de padecimiento?



Parentesco _____ Relación con la familia _____

Actualmente él se encuentra bajo algún tratamiento.

su domicilio.



VIII.-I TRASLADOS DE AMBULANCIA SUMA

La Coordinación de salud tiene como objetivo brindar una atención de calidez y calidad a personas con discapacidad, así como a grupos en estado de vulnerabilidad en el Municipio de Tlachichuca Puebla.

Una de sus principales actividades es conocer las necesidades de las personas para poder ofrecerles una solución y al mismo tiempo una mejor calidad de vida de acuerdo a los programas de SEDIF.

Visión

Dar el mejor servicio de urgencias al momento para el bienestar de la comunidad

Misión

Otorgar servicios médicos, pre-hospitalarios de atención durante los traslados y prevención de desastres, de accidentes y auxilio inmediato

Valores

Entusiasmo, Entrega, Responsabilidad, Garantía.

Objetivo

Contribuir con los programas, lineamientos, normatividad y políticas que la Secretaria de Salud y organismo y organismos estatales

Otorgar atención médica y pre-hospitalaria médica eficiente, durante los traslados o en emergencias en caso de accidentes

Brindar servicios de atención y regulación medica de manera oportuna.

Coadyuvar en la reducción de la morbi-mortalidad.

Lograr mejora continua en nuestros procesos.



VIII.II Descripción del procedimiento de recepción de solicitudes para traslados

Objetivo:

Apoyar a la ciudadanía de escasos recursos que por el tipo de enfermedad viajan con mucha frecuencia a diferentes hospitales.

VIII.IDescripción del procedimiento de recepción de solicitudes para traslados

| Responsable | Descripción de Actividades | Formato |
|-------------------------------------|---|-----------|
| Solicitante | Inicio del Procedimiento Entrega la solicitud a la Dirección General. | Solicitud |
| Dirección General | Supervisa la disponibilidad del vehículo. | N/A |
| Dirección General | Agenda la fecha de salida. | N/A |
| Dirección General | Cita al solicitante en el día agendado. | N/A |
| Solicitante | Sale al hospital solicitado. Fin del Procedimiento | N/A |
| Tiempo de Procedimiento de Gestión: | 1 Día hábil | |

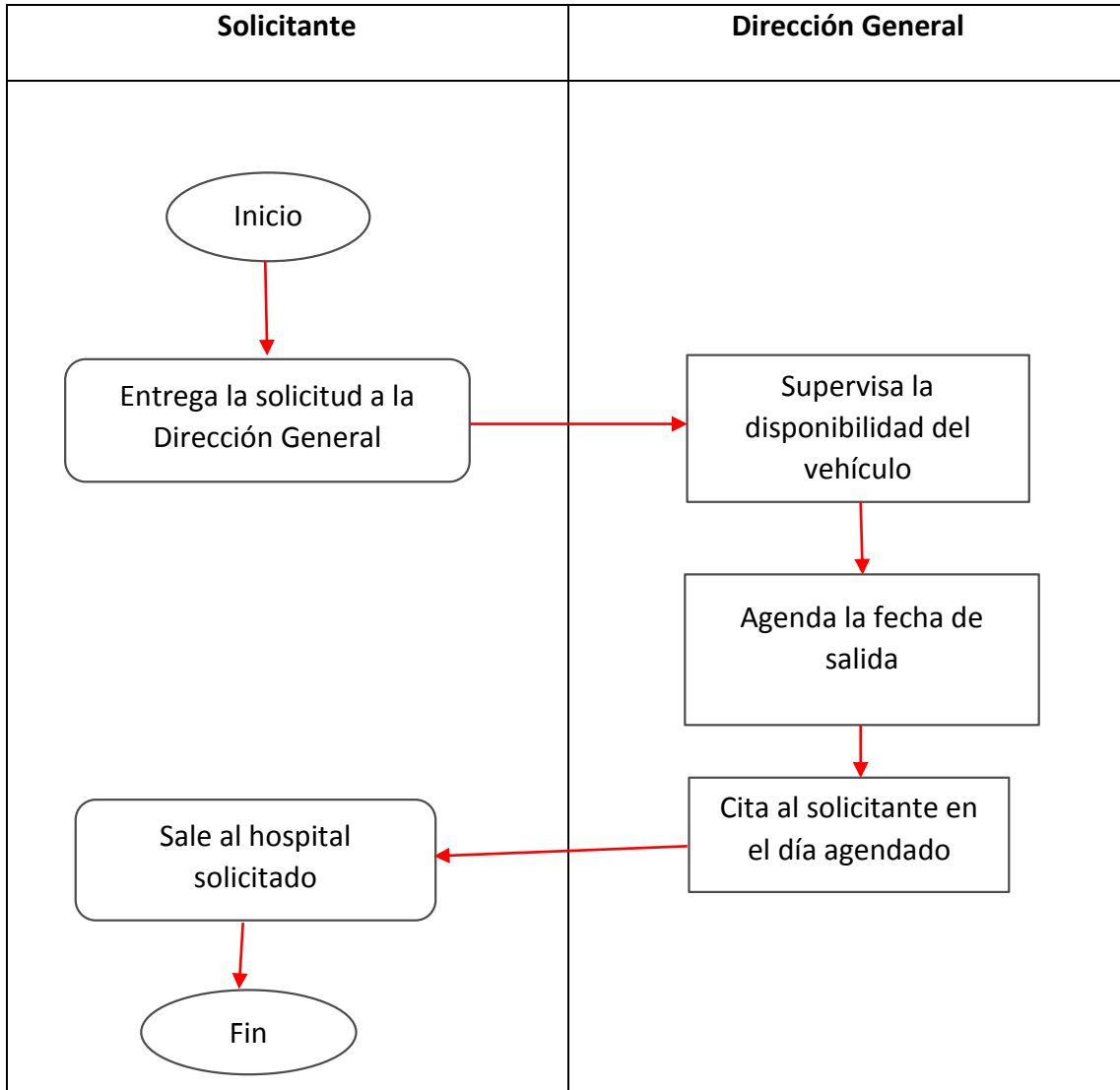


VIII.III NORMAS Y POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE TRASLADOS

| Normas de operación. | Políticas de operación |
|--|---|
| <p>En el Sistema de Urgencias Médicas y Desastres nos comprometemos a contribuir con los programas, lineamientos, normatividad y políticas que la Secretaría de Salud y organismos que emitan para la atención médica pre-hospitalaria, así como los servicios médicos pre-hospitalarios de emergencia requeridos por nuestros clientes de manera eficiente, oportuna, con mejora continua en nuestros procesos de calidad. establecer un servicio de transporte público, accesible, seguro y gratuito que cubra las necesidades de traslado de las personas con discapacidad y alguna emergencia médica a los diferentes hospitales donde lo requieran.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Los servicios están orientados para el público en general -los pacientes serán acompañados por un familiar no sobrepasando el cupo en la unidad. <ul style="list-style-type: none"> -Presentar las solicitudes. -En horario de atención en la oficina del Sistema DIF Municipal es de 9:00 a 17:00 horas. -La Dirección General deberá verificar la disponibilidad del vehículo para transportarlos y recepción de documentos para autorización de petición. -Autorización |



VIII.IV DIAGRAMA DE FLUJO DE TRASLADOS



VIII. V Anexo de Formatos Utilizados

1. Formato de salida de pacientes

| FECHA | NOMBRE DEL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE | EDAD | LOCALIDAD | TELEFONO | LUGAR AL QUE OCUDEN |
|-------|-----------------------------------|------|-----------|----------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



AUTORIZADO

CONTRALOR MUNICIPAL

C. BRANDON JOZABAT ESPINOSA CERON

SECRETARIA GENERAL

PRESIDENTE MUNICIPAL

CONSTITUCIONAL

C. ANA LIDIA NOLASCO PEREZ

C. MIGUEL GUADALUPE

MORALES ZENTENO

