



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

del

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DE TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO.**

Administración 2024-2027

**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo,
Hidalgo;
2024 - 2027**

Blvd. Nuevo San Nicolás, S/N, Fracc. Nuevo San Nicolás
Tulancingo de Bravo, Hidalgo, C.P. 43640
Contacto (775) 7558450 ext. 1176

Enero 2025
Realizado en Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

La reproducción total o parcial de este documento
Se autorizará siempre y cuando se dé el crédito
Correspondiente a la fuente.

MISION

Promover la integración de las familias a través de valores, apoyando a la población en situación de vulnerabilidad en particular a las niñas, niños, adolescente, adultos mayores y personas con discapacidades.

VISION

Desarrollar estrategias en acciones de salud, educación, capacitación y recreación, brindando asistencia social, alimentación, áreas de mejora que inhiban la violencia, las adicciones, la desorientación social así también la cultura preventiva, mediante programas asistenciales incluyendo los sectores públicos, privados y sociales enfocados en los valores de solidaridad, equidad y corresponsabilidad.

OBJETIVO GENERAL

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, es una Institución de carácter asistencial, para mejorar la calidad de vida de los Tulancinguenses.



Y01 DIRECCIÓN GENERAL

Introducción

La Administración Pública Municipal es el instrumento por medio del cual los objetivos, planes y programas gubernamentales se aplican en acciones que generen resultados concretos, orientados a responder a las expectativas de la población, por ello, es indispensable que el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hgo., cuente con los mecanismos administrativos que apoyen, aseguren y agilicen el cumplimiento de los actos de gobierno, siendo uno de los organismos y/o instituciones que presta servicios y asistencia social sin fines de lucro hacia la sociedad a través de los tres órdenes de gobierno, donde el desarrollo integral de la familia y la asistencia social son la base fundamental para generar una sociedad sin carencias y al menos tener acceso a los servicios básicos sociales de los infantes, madres solteras, adultos mayores, personas con capacidades diferentes, indigentes y personas de escasos recursos que viven en pobreza extrema y patrimonial.

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hgo. responde a la creciente demanda de servicios y ayuda humanitaria subsidiado con recursos del municipio, del estado y de la federación, aportaciones ciudadanas, organismos públicos y privados y en algunos casos apoyos de organismos internacionales cuyo fin último de los recursos son destinados a fomentar la nutrición, acciones de medicina preventiva, infantil; servicios asistenciales a menores abandonados o que sufren violencia física y psicológica por parte de sus padres o tutores; apoyos a mujeres que carecen de servicios médicos especializados; apoyos de aparatos ortopédicos y funcionales, asistencia médica, entre otros.

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hgo. se encuentra dividido en Programas, cada uno con un perfil distinto para atender a las necesidades de cada uno de los sujetos de la asistencia social, en coordinación con los órdenes municipales, estatales y federales.

Es por ello que surge la necesidad de elaborar el presente manual de procedimientos en donde se describe de manera clara y sencilla los procesos, funciones, atribuciones y lineamientos que rigen las acciones del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hgo. en el ejercicio de sus funciones de asistencia social a través de los diferentes programas

encaminados a mejorar las condiciones de los grupos vulnerables.

Antecedentes

El DIF se creó por Decreto Presidencial en 1977 y hoy es la institución de asistencia social más importante de México. La institución impulsa programas y acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con mayor vulnerabilidad del municipio. Fomentar el desarrollo integral de las familias poblanas y de grupos en situación de vulnerabilidad, para contribuir a mejorar su calidad de vida, donde los valores del respeto, la participación, la apertura y la actitud rijan las acciones de asistencia social en coordinación con instituciones públicas, privadas.

Marco jurídico administrativo

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2.- Convención sobre los derechos de los niños.
- 3.-Costitución Política del Estado Libre y Soberano de Hidalgo.
- 4.-Ley General de Salud.
- 5.-Ley General de Asistencia Social
- 6.-Ley Estatal de Salud
- 7.-Ley de Asistencia Social Para el Estado de Hgo.
- 8.-Ley para la protección de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes.
- 9.-Ley de los Derechos de los adultos mayores.
- 10.-Ley integral para la atención a las personas con discapacidad
- 11.- Ley para la atención y sanción de violencia familiar.
- 12.- Ley para la familia del estado de Hidalgo.
- 13.- Código de procedimientos familiares para el estado de Hidalgo.
- 14.-Decreto número veinte por el que se crea el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo; Hidalgo. (publicado 8 de julio de 2013)
- 15.-Norma oficial mexicana nom-167-ssa1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores
- 16.- Norma oficial nom-046-ssa2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención.

Atribuciones

Artículo 1.- Las presentes disposiciones son de orden público e interés social y tienen por objeto regular las

facultades, obligaciones y estructura orgánica del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, como un Organismo Público Descentralizado, de la Administración Pública Municipal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sin fines de lucro, con domicilio en la cabecera municipal; que tiene por objeto promover y realizar servicios y acciones en materia de asistencia social en corresponsabilidad con las instituciones públicas y privadas y con la sociedad en general.

Artículo 2.- Son funciones sin fines de lucro del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de

Tulancingo de Bravo, Hidalgo:

I.- Prestar servicios de representación y asistencia jurídica y de orientación social a todos los sujetos de asistencia social pública y privada, previstos en la ley de Asistencia Social vigente en la Entidad;

II.- Poner a disposición del Ministerio Público del fuero común y federal, los elementos a su alcance para la protección de los derechos familiares, así como de sujetos capaces, incapaces, niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad;

III.- Dirigir la supervisión y evaluación de la actividad y los servicios de asistencia social que presten las instituciones de asistencia social pública y privada, conforme a lo que establece el marco jurídico correlativo vigente y aplicable;

IV.- Dirigir la realización y apoyo de estudios e investigaciones en materia de asistencia social;

V.- Conducir la formación, capacitación y profesionalización del personal encargado de la prestación de los servicios de asistencia social;

VI.- Operar establecimientos de asistencia social y llevar a cabo acciones en materia de prevención;

VII.- Diseñar modelos de atención para la prestación de los servicios asistenciales;

VIII.- Operar en el marco de sus atribuciones programas de rehabilitación;

IX.- Llevar a cabo acciones de prevención, habilitación y rehabilitación de las personas que sufran algún tipo de discapacidad;

X.- Promover la integración de fondos mixtos para la asistencia social;

XI.- Coordinar los esfuerzos públicos y privados, para la integración social de los sujetos de la asistencia, así también la elaboración y seguimiento de los programas respectivos;

- XII.- Promover la creación y el desarrollo de instituciones públicas y privadas de asistencia social, así mismo operar establecimientos en beneficio de los sujetos de asistencia social;
- XIII.- Establecer prioridades en materia de asistencia social;
- XIV.- Promover y prestar servicios de asistencia social a los sujetos señalados en la Ley de Asistencia Social para el estado de Hidalgo, con excepción de aquellos que padezcan enfermedad mental y los indigentes, los cuales deberán ser atendidos por la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo;
- XV.- Proporcionar asistencia social de carácter integral, impulsando el desarrollo y bienestar de la familia y comunidad mediante su participación corresponsable en acciones que se lleven a cabo en su propio beneficio;
- XVI.- Prevenir y atender la problemática social que presenta la población en situación de riesgo o vulnerabilidad;
- XVII.- Realizar acciones formativas para fortalecer el tejido social y familiar;
- XVIII.- Promover y apoyar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes;
- XIX.- Realizar acciones encaminadas al bienestar de personas mayores;
- XX.- Participar de manera corresponsable con las instancias competentes en la atención a la población que resulte afectada por desastres naturales;
- XXI.- Fomentar la equidad de género y la no discriminación, en los diferentes ámbitos de la vida;
- XXII.- Signar convenios de colaboración y coordinación interinstitucional con los tres órdenes de gobierno; federal, estatal y municipal, así como con las instituciones de asistencia social públicas y privadas en la implementación de programas y proyectos en materia de asistencia social;
- XXIII.- Promover la participación y corresponsabilidad de la sociedad en actividades de prevención en el autocuidado de la salud física y mental;
- XXIV.- Asignar de acuerdo con su disponibilidad, recursos económicos temporales y otorgar recursos técnicos a Instituciones Públicas y Privadas;
- XXV.- Realizar todo tipo de acciones tendientes a recaudar fondos para contribuir a solventar las erogaciones referentes a la Asistencia Social, de conformidad con lo ordenado la Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo;
- XXVI.- Realizar las contrataciones necesarias de conferencistas, expositores y demás personal capacitado, para

desarrollar actividades tendientes a crear conciencia en la población de la problemática social; y

XXVII.- Las demás que establezcan los ordenamientos legales aplicables en la materia.

Artículo 3.- El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, podrá celebrar acuerdos o convenios de coordinación con los Sistemas Nacional y Estatal, así como con las demás instituciones de carácter público o privado que contribuyan al logro de los fines de dicho Organismo:

Artículo 4.- Las relaciones laborales entre el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo y sus trabajadores, se normarán por lo establecido en la Ley de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como de los Organismos Descentralizados del Estado de Hidalgo.

Y02 CONTRALORÍA

INTRODUCCIÓN.

La Contraloría es un organismo fiscalizador que promueve la transparencia en el uso de los recursos públicos, mediante un proceso estratégico y focalizado en las direcciones de la Institucional, mediante un conjunto de acciones de control, vigilancia y evaluación de manera organizada, con el propósito de procurar que el manejo de los recursos públicos se realice en términos de transparencia, eficacia, legalidad y honradez, así como contribuir a la modernización de la gestión, mediante acciones de mejoramiento continuo en las distintas dependencias, cabe señalar que es un instrumento de trabajo que facilita el cumplimiento de las funciones, la desconcentración de actividades y el logro eficiente de los objetivos institucionales, constituye también una herramienta básica que permitirá conocer el funcionamiento de cada área, así como las responsabilidades que corresponden a las mismas, a través de los cuales se formaliza el trabajo de las o los trabajadores de la administración pública.

OBJETIVO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.

El presente manual de procedimientos tiene el propósito de brindar la información necesaria, para facilitar y guiar a los servidores públicos en la ejecución de los procesos que desarrollan, presentando en forma ordenada y sistemática los pasos a seguir en cada uno de los procedimientos y actividades enfocadas a la prestación de servicios, establecidas en la de Contraloría Interna y contribuir a un sistema innovador, eficiente, eficaz y transparente dentro del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, de Tulancingo de Bravo, Hidalgo. (DIF).

MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución Política del Estado de Hidalgo.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental para el Estado de Hidalgo.
- Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental para el Estado de Hidalgo.
- Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Hidalgo.
- Ley de presupuesto y contabilidad gubernamental del estado de
- Ley del sistema estatal anticorrupción del Estado de Hidalgo.
- Ley estatal del procedimiento administrativo para el ESTADO DE HIDALGO.
- Decreto número cincuenta y dos de fecha 9 de octubre del año 2023 de la creación del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo
- Reglamento interior de trabajo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

ATRIBUCIONES

Artículo 33.- El Órgano Interno de Control se encargara de la verificación y evaluación con un enfoque preventivo y correctivo, de acuerdo con las normas legales aplicables, para garantizar la buena administración en las direcciones y unidades administrativas del organismo, en relación al desarrollo de las actividades, operaciones, actuaciones, programas, planes, proyectos, metas, actividades institucionales, aplicación de los recursos humanos, materiales, financieros e informáticos, así como la administración de la información, de conformidad con las siguientes facultades y obligaciones:

I.- Vigilar el cumplimiento de las políticas, programas y demás disposiciones legales y reglamentarias aplicables al Organismo;

II.- Planear, organizar y coordinar el sistema de control y evaluación del Organismo;

III.- Inspeccionar el ejercicio del gasto público del Organismo en congruencia con el Presupuesto de Egresos;

IV.- Promover la participación de la sociedad, a través de la figura de contraloría social, en los procesos de vigilancia y evaluación de los programas y acciones del

Organismo, a efecto de contribuir a un correcto desempeño de la gestión pública, bajo principios de transparencia, eficacia, legalidad y honradez;

V.- Implementar las normas de control, fiscalización, contabilidad y auditoría que deben observar las direcciones y unidades administrativas del Organismo, previa consulta con la Auditoría Superior del Estado y la Secretaría de Contraloría de la Administración Pública Estatal;

VI.- De conformidad a lo establecido en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, emitir, observar y vigilar el cumplimiento del Código de Ética y Código de Conducta de los servidores públicos del Organismo;

VII.- Auditar a las direcciones y unidades administrativas que manejen fondos y valores, verificando el destino de los que de manera directa o transferida realice el Organismo a través de los mismos;

VIII.- Ejercer la vigilancia y el control del gasto público del Organismo, procurando el máximo rendimiento de los recursos y el equilibrio presupuestal;

IX.- Supervisar las acciones relativas a la planeación, programación, presupuestación, contratación, gasto y control de las adquisiciones y arrendamientos de bienes muebles y servicios, de cualquier naturaleza que se realicen con fondos del Organismo, en términos de las disposiciones aplicables en la materia;

X.- Cumplir con las obligaciones que, en su caso, le impongan los convenios o acuerdos de coordinación que en materia de inspección y control suscriba el Organismo con el Municipio y el Estado;

XI.- Inspeccionar que las obras que en forma directa o en participación con otros entes públicos realice el Organismo y que se ajusten a las especificaciones previamente fijadas;

XII.- Recepcionar, registrar y resguardar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses y en su caso la fiscal anual, que deban presentar los servidores públicos; y practicar las investigaciones que fueren pertinentes respecto del cumplimiento de esta obligación, de acuerdo con las leyes y reglamentos;

XIII.- Substanciar los procedimientos administrativos que resulten con motivo de la falta de presentación de las declaraciones de situación patrimonial y de intereses que se encuentran obligados los servidores públicos;

XIV.- Informar a la persona titular de la Dirección General del Organismo el resultado de las evaluaciones realizadas y proponer las medidas correctivas que procedan;

XV.- Conocer los actos u omisiones que pudieran constituir faltas administrativas en contra de servidoras, servidores, ex servidoras y ex servidores públicos, y de particulares, para lo cual deberán:

XVI.- Recibir denuncias por presuntas faltas administrativas;

XVII.- Investigar la presunta responsabilidad administrativa derivado de faltas administrativas, de oficio, por denuncia o derivados de auditorías;

XVIII.- Determinar la existencia o inexistencia de presunta responsabilidad administrativa;

XIX.- Calificar las faltas administrativas;

XX.- Iniciar, sustanciar y en su caso, resolver los procedimientos de responsabilidad administrativa;

XXI.- Imponer y ejecutar las sanciones administrativas, cuando así corresponda;

XXII.- Interponer las denuncias correspondientes ante el Ministerio Público cuando, de las investigaciones realizadas, se desprenda la comisión de uno o más delitos perseguibles de oficio;

XXIII.- Proponer e instrumentar los mecanismos necesarios en la gestión pública para el desarrollo administrativo en las direcciones y unidades administrativas del Organismo, a fin de que los recursos humanos y materiales, así como los procedimientos técnicos, sean aprovechados y aplicados con criterios de eficacia y simplificación administrativa. Al efecto, realizará las investigaciones, estudios y análisis sobre estas materias y aplicará las disposiciones administrativas que resulten necesarias;

XXIV.- Verificar que se cumplan las disposiciones legales, normas, políticas y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos, desincorporación de activos, servicios y obras públicas del Organismo;

XXV.- Vigilar que los recursos propios del Organismo, y los percibidos por subsidio provenientes del Gobierno municipal, se apliquen en los términos estipulados en las leyes, reglamentos y convenios respectivos;

XXVI.- Colaborar con la Secretaría de Contraloría del Gobierno del Estado y con la Auditoría Superior del Estado para el cumplimiento de las atribuciones que les competan;

XXVII.- Participar en la entrega-recepción de las direcciones y unidades administrativas del Organismo, conjuntamente con la persona titular del Organismo;

XXVIII.- Revisar los estados financieros y toda la información contable, financiera y presupuestal que emita la Dirección de Finanzas y Administración del Organismo y verificar que los informes sean remitidos en tiempo y forma a la Auditoría Superior del Estado. Al efecto, podrá auxiliarse de profesionales en la materia, previa autorización de la Junta de Gobierno;

XXIX.- Registrar, resguardar y mantener actualizado el inventario de bienes muebles e inmuebles propiedad del Organismo y asignarlos mediante formato de resguardo a las direcciones y unidades administrativas correspondientes; y

XXX.- Las demás que le atribuyan expresamente las leyes y reglamentos en la materia. Artículo 34.- Corresponde al Órgano Interno de Control mediante las áreas investigadora, substanciadora y resolutora, el trámite de los procedimientos relativos a la comisión de faltas derivadas de responsabilidades administrativas de las servidoras públicas y servidores públicos conforme a normatividad aplicable en la materia.

El Órgano Interno de Control, contará con una o un Titular, quien deberá cumplir con los requisitos que establece el artículo 107 de la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo. La persona Titular, se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos que se describen en el presente capítulo.

DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO 1: EVALUACION DEL CONTROL INTERNO

Propósito

Evaluar es darle valor a algo, Valor es el grado, aptitud o alcance de una cualidad atribuible a una cosa; es la fuerza, actividad, eficacia o virtud de esa cosa para producir sus efectos.

El proceso de evaluación consiste en comparar los resultados esperados de una acción con los efectos realmente obtenidos, cerciorarnos de que los recursos públicos administrados por los empleados de gobierno, se están aprovechando eficiente, económica y eficazmente en los fines públicos, y están impactando en los resultados esperados

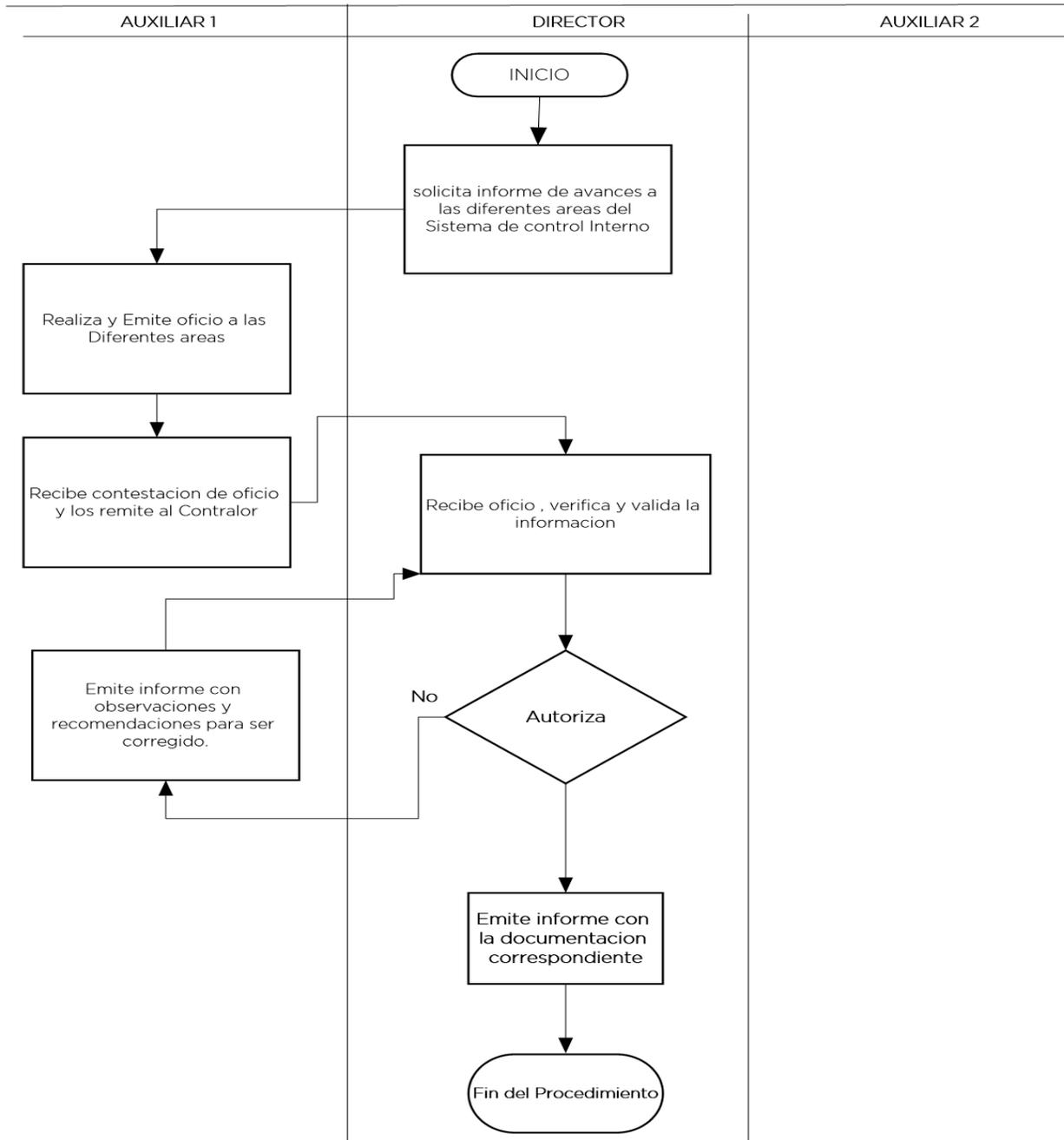
Políticas y Lineamientos:

- Fijar parámetros para la rendición de cuentas y el avance programático
- Clarificar el trabajo institucional y de los servidores públicos
- Impulsar la gestión por resultados
- Medir en forma permanente el avance y los resultados de los planes y programas, para prevenir desviaciones y aplicar correctivos cuando sea necesario;
- Retroalimentar la formulación e instrumentación de los planes y programas
- Mejorar el desempeño institucional e individual de los servidores públicos
- Detectar áreas de riesgo o puntos de conflicto para abatirlos
- Detectar áreas de oportunidad o mejora para desarrollarlas
- Estimular a los servidores públicos con recompensas e incentivos
- Rotar y promover a los servidores públicos
- Detectar necesidades de capacitación

PROCEDIMIENTO 1: EVALUACION DEL CONTROL INTERNO

|  | PROCEDIMIENTO 1 | | FECHA |
|---|---------------------------------------|---|----------------------|
| | EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Contralor | Solicita Informe de avances del estado del Sistema de control Interno institucional al área correspondiente para su revisión y análisis. | Oficio |
| 2 | Auxiliar | Emite oficio revisado y firmado por el Contralor, para las diferentes áreas. | Oficio |
| 3 | Dirección De contraloría | Recibe oficio, respuesta, verifica y valida los procesos prioritarios y comprometidos, y verifica el soporte documental para su validación y autorización | Oficio |
| 4 | Dirección | Emite informe con las recomendaciones y observaciones a los avances reportados | Oficio |
| FIN DEL PROCESO | | | |

FLUJO GRAMA 1: EVALUACION DEL CONTROL INTERNO



PROCEDIMIENTO II: RECEPCION Y ATENCION DE QUEJAS

Propósito

El Sistema de Quejas, Denuncias y Sugerencias, es un mecanismo de participación social establecido en la Ley, por medio del cual los ciudadanos en ejercicio de sus derechos pueden ocurrir a la Contraloría Municipal a denunciar hechos y actos presuntamente irregulares de los servidores públicos municipales; asimismo efectuar propuestas de mejora a los servicios y funciones públicas.

Políticas y Lineamientos:

- La presentación del escrito en las oficinas de la contraloría o a través de correo ordinario;
- La comparecencia personal en la oficina de la contraloría o del contralor;
- La atención telefónica mediante un protocolo ágil y sencillo;
- La atención vía internet o por correo electrónico;
- Los buzones ubicados estratégicamente en las distintas direcciones;
- A través de los contralores sociales o comités de contraloría social;
- Quejas y denuncias consignadas en medios informativos

Responsabilidades

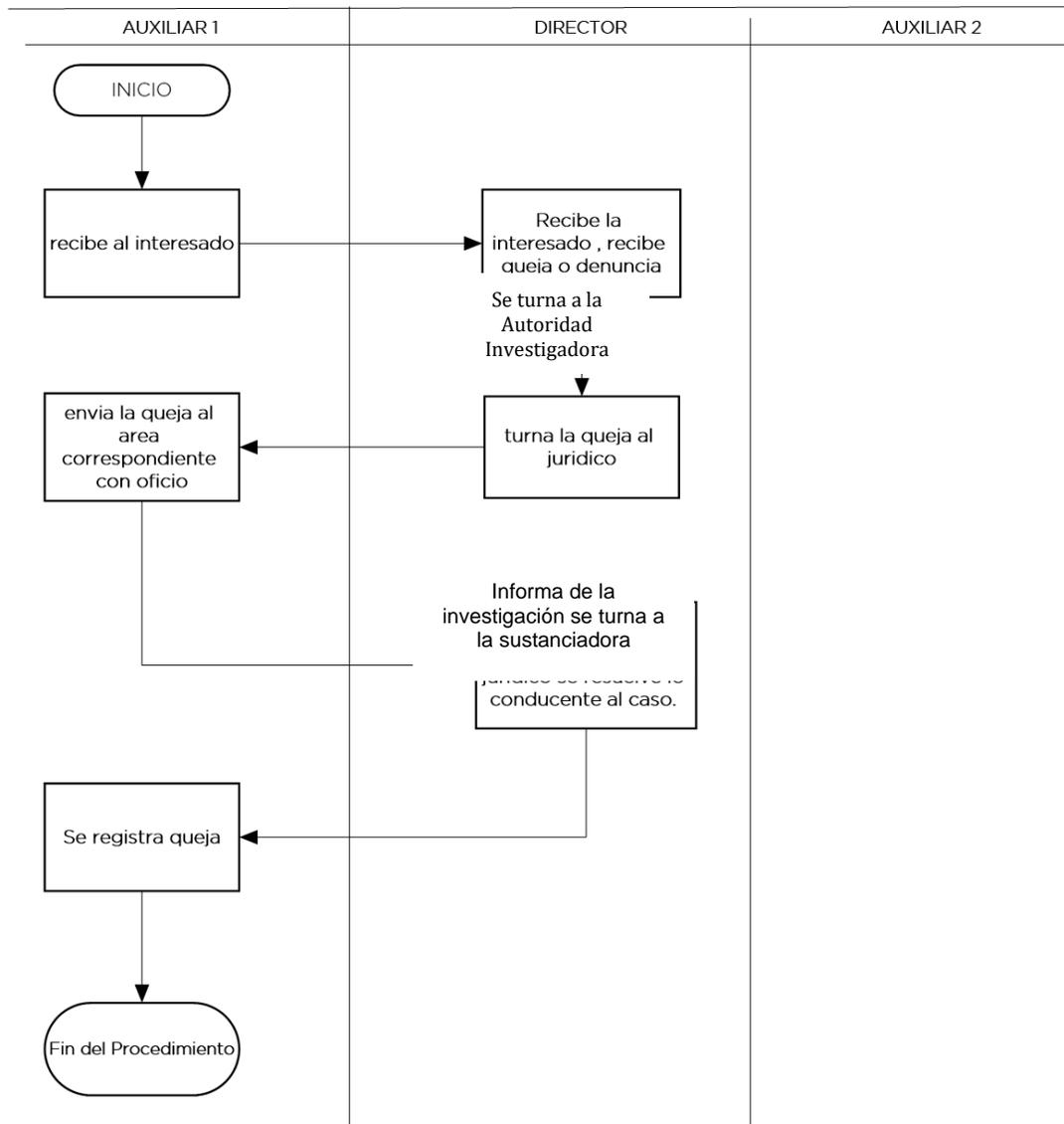
El servidor público que se encuentre de encargado del área es el único responsable del buen funcionamiento que se le preste a este servicio

PROCEDIMIENTO II: RECEPCION Y ATENCION DE QUEJAS

|  | PROCEDIMIENTO 1 | | FECHA |
|---|---------------------------------------|---|--|
| | RECEPCIÓN Y ATENCIÓN DE QUEJAS | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Auxiliar | Recibe al interesado. | No aplica |
| 2 | Contralor | Recibe al interesado, le proporciona una asesoría y recibe la queja, denuncia o sugerencia. | Informe |
| 3 | Contraloría | Turna la queja o denuncia a la Autoridad Investigadora. | Se forma Expediente |
| 4 | Contraloría | Con base al informe que presenta por la Autoridad Investigado turna a la Autoridad Substanciadora se resuelve lo conducente, | Informe de Presunta Responsabilidad (IPRA) |
| 5 | Contraloría | Si es falta no grave se remite a la Autoridad Resolutora, se emplaza, rinde declaración, cierre de audiencia, se turna a Autoridad sustanciadora para que resuelva. | Informe de Presunta Responsabilidad (IPRA) |

| | | | |
|-----------------|-------------|---|-------------------------------|
| 6 | Contraloría | Si es falta grave se remite expediente a la Autoridad Resolutora, se emplaza, se lleva a cabo la audiencia inicial, se ofrecen pruebas, se cierra la audiencia, la Autoridad Sustanciadora determina que la falta es grave y turna expediente al Tribunal Correspondiente | Se recibe el IPRA, se emplaza |
| 7 | Contraloría | Se registra el tipo de atención y solución, a la contraloría para fines estadístico | expediente |
| FIN DEL PROCESO | | | |

FLUJO GRAMA DEL PROCEDIMIENTO II



PROCEDIMIENTO III AUDITORIA

Propósito

La auditoría es el conjunto de revisiones programadas por la contraloría interna para ejecutarse en un periodo determinado por medio de un método previamente establecido.

Políticas y Lineamientos:

- Durante la revisión. Los auditores deberán buscar afanosamente esa verdad, documentándola debidamente, con pruebas suficientes, relevantes y consistentes.
- No deberá de existir el conflicto de interés debe estar ausente durante la revisión. Los auditores se abstendrán de practicar alguna auditoría a entes con quienes tengan o hayan tenido alguna relación.
- Los auditores deben evitar practicar alguna auditoría prejuiciados o influenciados por auditorías pasadas u opiniones públicas favorables o desfavorables al ente auditado. Han de enfocarse exclusivamente en el objetivo de auditoría.
- El auditor jamás debe renunciar a la observación, por más sencilla, simple o insignificante que esta parezca. La toma de decisiones con motivo de los hallazgos no le corresponde a él.
- El auditor ha de asimilar el universo de la revisión, la importancia de sus hallazgos para la revelación del ente y la trascendencia de sus conclusiones para la mejora de los procesos revisados.

Responsabilidades

El director de área es el único responsable del buen funcionamiento que se le a este proceso pudiendo ser acreedor a una sanción en caso de encontrarse anomalías en el proceso.



PROCEDIMIENTO 1

FECHA

AUDITORÍA

07/12/2023

UNIDAD ADMINISTRATIVA:

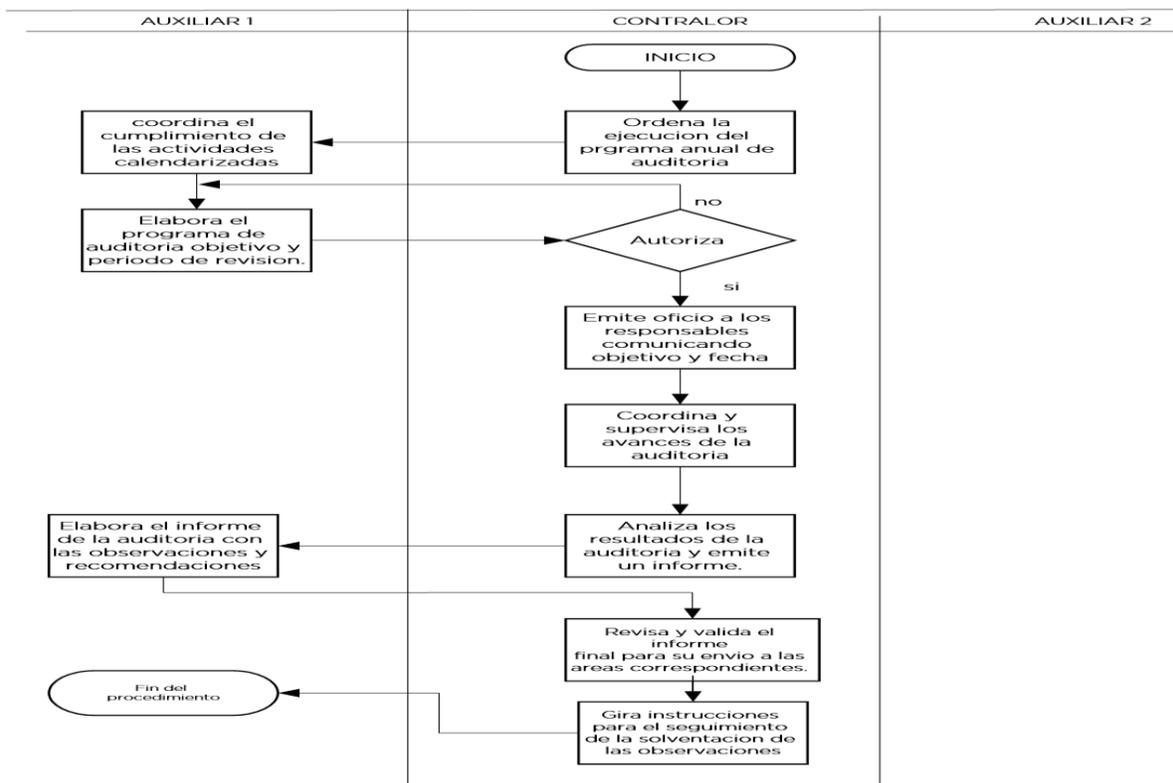
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
|------|-------------|---|----------------------|
| 1 | Contralor | Ordena la ejecución del programa anual de control y auditoria o la realización de auditorías especiales | No aplica |
| 2 | Auxiliar | Coordina el cumplimiento de las actividades calendarizadas | No aplica |
| 3 | Auxiliar | Elabora y presenta el programa realizar la auditoria, determinando el objetivo y el periodo de revisión. Espera autorización. | No aplica |
| 4 | Contralor | Aprueba el programa de trabajo | No aplica |
| 5 | Contralor | Emite oficio para la presentación de los responsables de la auditoria, comunica el objetivo y la fecha de inicio de la misma. | No aplica |
| 6 | Contralor | Coordina y supervisa los avances de los trabajos de auditoría. | No aplica |
| 7 | Contralor | Analizan los resultados de la auditoria y en coordinación con el auxiliar elabora el informe | No aplica |

| | | | |
|-----------------|-----------|--|---------|
| 8 | Auxiliar | Elabora informe de la auditoría con las observaciones y recomendaciones | Informe |
| 9 | Contralor | Revisa y valida el informe final y firma el oficio para su envío a las áreas correspondientes. | Oficio |
| 10 | Contralor | Gira instrucciones para el seguimiento de la solvatación del proceso de auditoría. | Oficio |
| FIN DEL PROCESO | | | |

FLUJOGRAMA DE AUDITORIA

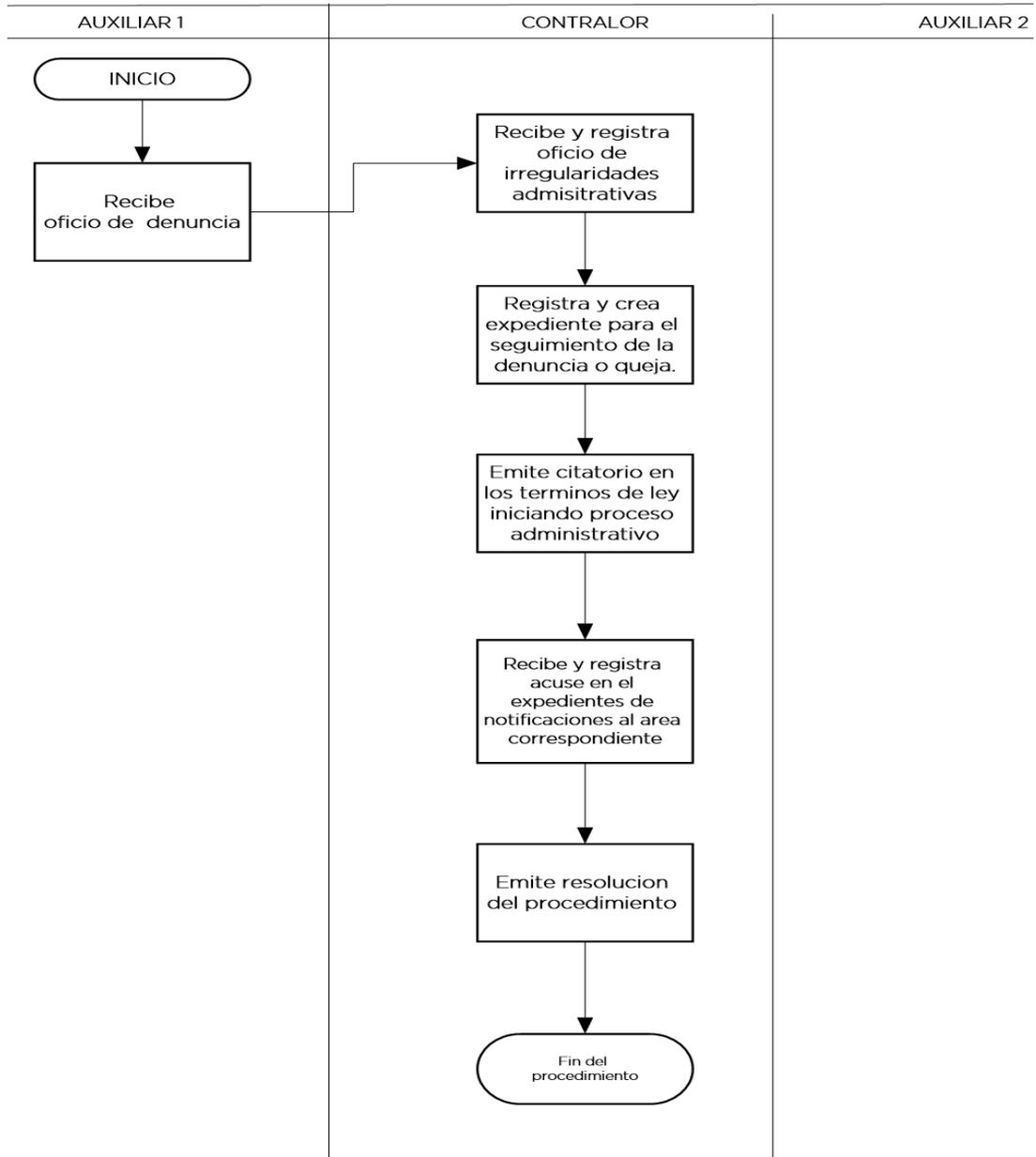


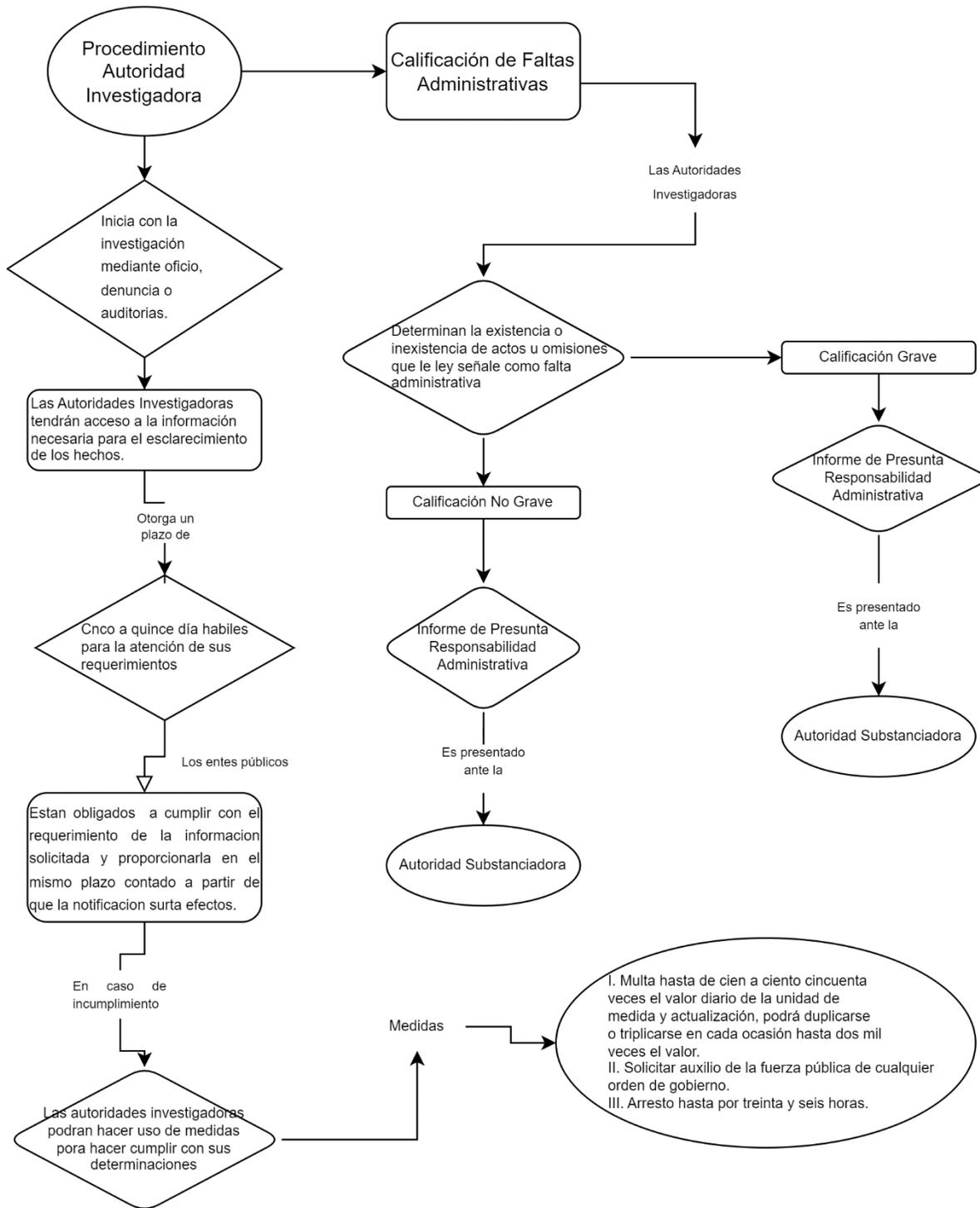
IV: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO

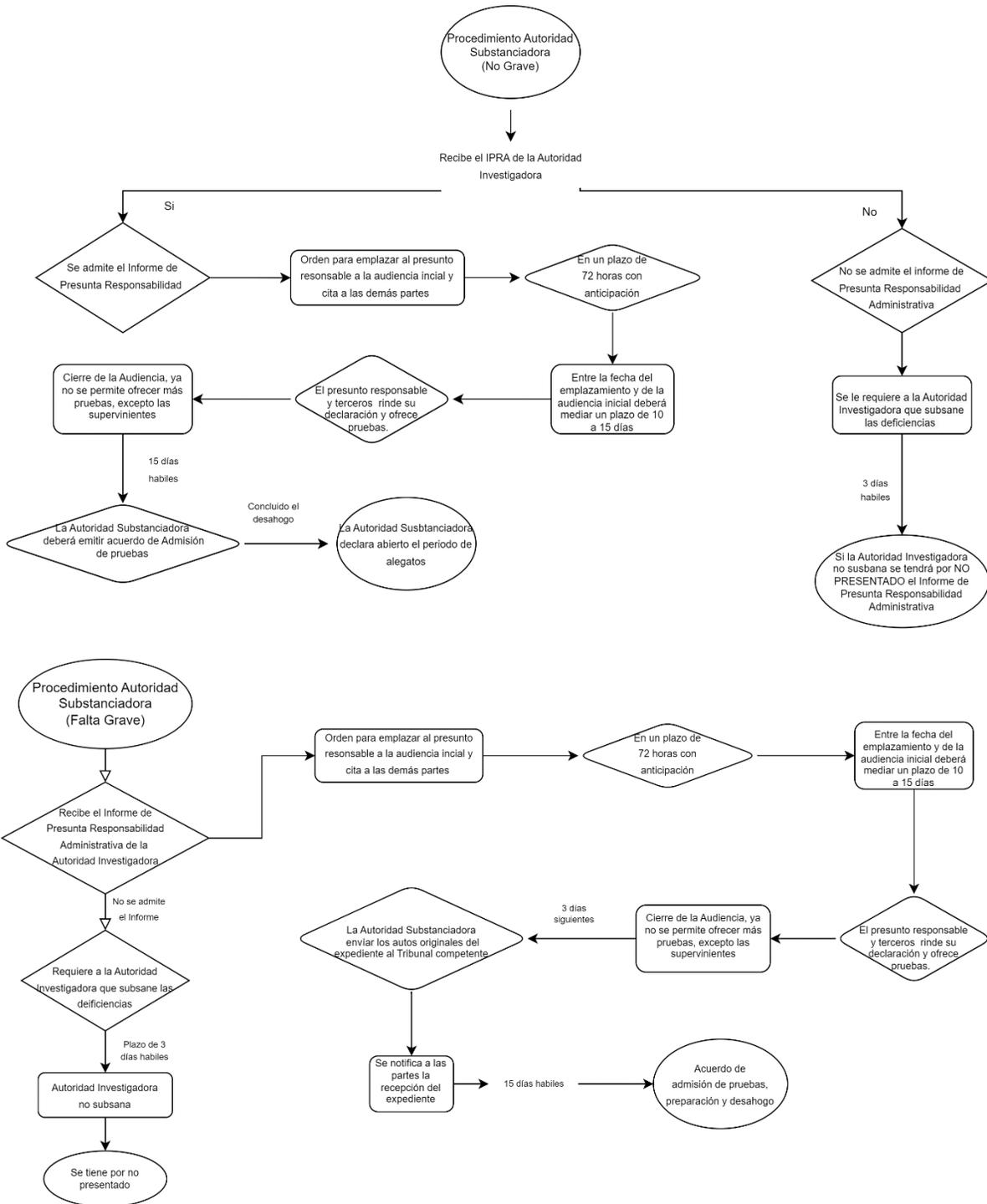
|  | PROCEDIMIENTO 1 | | FECHA |
|---|---|--|----------------------|
| | PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Auxiliar | Recibe, analiza, el oficio, queja, o denuncia | No aplica |
| 2 | Contralor | Recibe y registra oficio, documentos, donde se desprenden irregularidades administrativas en contra de uno o varios servidores públicos, | Expediente |
| 3 | Contralor | Revisa oficio creando un expediente | No aplica |
| 4 | Contralor | Emite citatorio en términos de ley al presunto responsable. Dando inicio al proceso administrativo. | No aplica |
| 5 | Contralor | Recibe acuse e integra en el expediente las constancias, oficios de notificación al área correspondiente. | oficio |
| 6 | Contralor | Emite resolución debidamente firmada y la turna para su notificación correspondiente. | Oficio |
| FIN DEL PROCESO | | | |

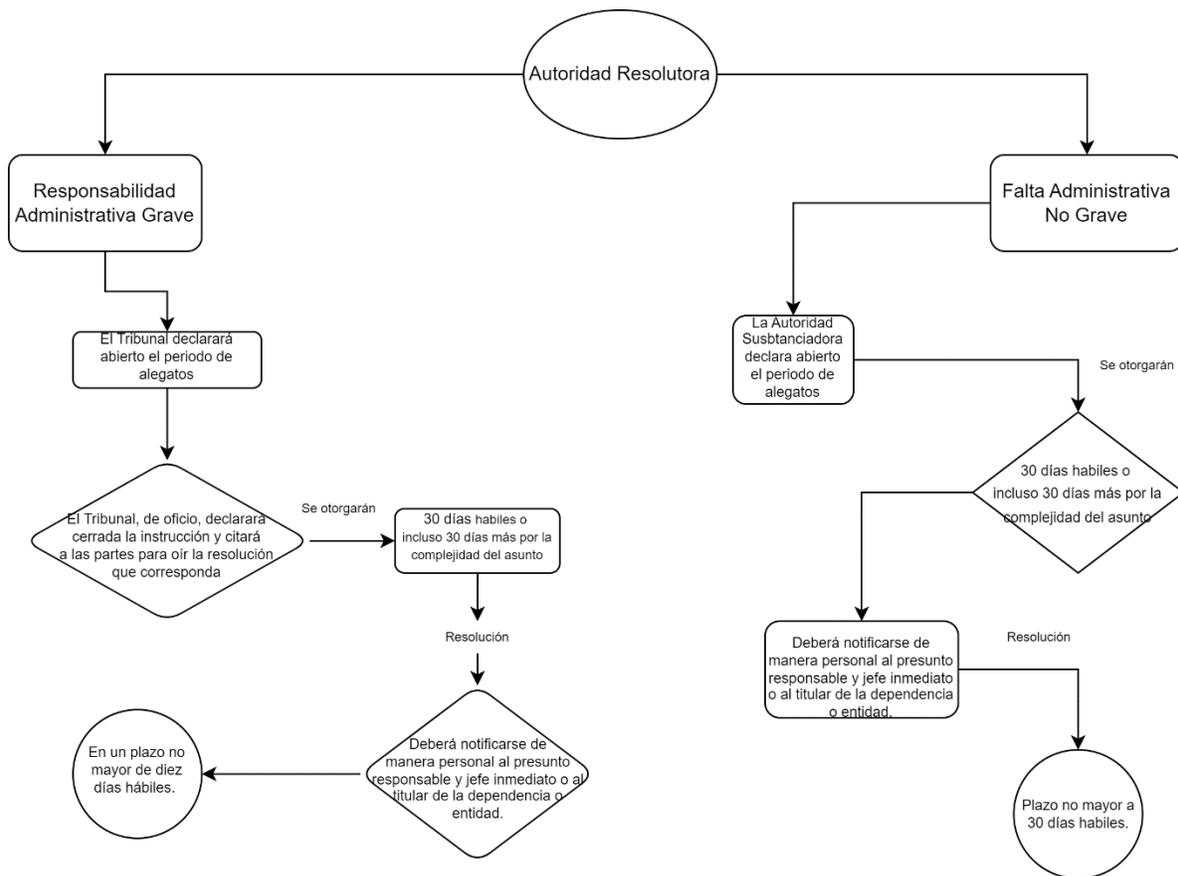


PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO IV: PROCEDIMIENTO









PROCEDIMIENTO V: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

Propósito

Hacer públicas las obligaciones de transparencia verificando que la información sea consistente, completa, confiable y oportuna.

Políticas y Lineamientos:

- Reforzar los mecanismos de rendición de cuentas
- El procedimiento en Materia de Transparencia y Acceso a la información se sujetará a las reglas de instrumentación y determinación previstas en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública del Estado de Hidalgo.

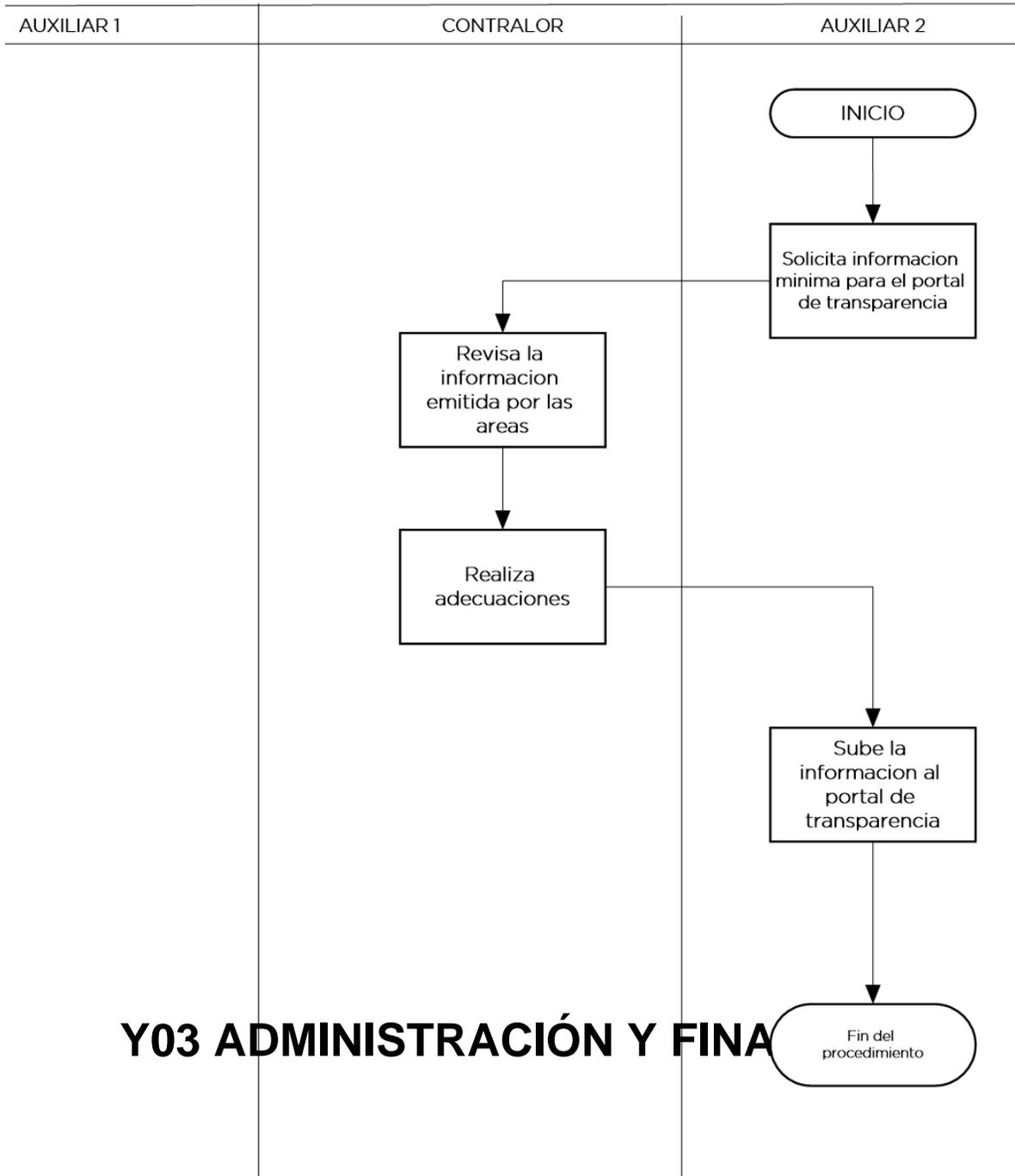
Responsabilidades

La Dirección de Contraloría es el área administrativa responsable de vigilar, el correcto procedimiento en Materia de Transparencia y Acceso a la Información.

PROCEDIMIENTO V: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

|  | PROCEDIMIENTO 1 | | FECHA |
|---|--|---|----------------------|
| | TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Auxiliar | Solicita información mínima de oficio para el portal de transparencia a las diferentes áreas. | No aplica |
| 2 | Contralor | Revisa la información emitida por las áreas. | Expediente |
| 3 | Contralor | Se realizan adecuaciones | No aplica |
| 4 | Auxiliar | Suben al portal de transparencia la información mínima de oficio | No aplica |
| FIN DEL PROCESO | | | |

FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO V: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION



INTRODUCCIÓN.

El presente manual de procedimientos de ingresos, del SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO, tiene por objeto plasmar de manera ordenada los procesos relacionados a las actividades que se desarrollan en el área de finanzas y administración en relación al manejo de información de los ingresos y egresos, basados en lineamientos y políticas que dan como resultado una mejor administración.

Así mismo este manual explica de manera ordenada la secuencia de pasos a seguir y las personas encargadas de realizar cada actividad de principio a fin con la finalidad de conocer qué y quien es responsable de llevar a cabo cada proceso.

OBJETIVO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.

- Establecer y dar a conocer los procedimientos para realizar las actividades que le competen al área de administración y finanzas, así como los involucrados que intervienen en cada uno de los procesos, con la finalidad de llevar una adecuada administración y manejo de información y recursos.

Marco jurídico administrativo

CONSTITUCIÓN:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Hidalgo.

LEYES:

- Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos
- Ley de Presupuesto, contabilidad y Gasto Público
- Ley de ingresos del Estado Libre y Soberano de Hidalgo para el Ejercicio Fiscal.
- Ley de Coordinación Fiscal
- Ley del Instituto para el Desarrollo y Fortalecimiento Municipal
- Presupuesto de Egresos del Estado Libre y Soberano de Hidalgo
- Ley de Adquisiciones Arrendamientos y servicios del sector Público del Estado de Hidalgo.
- Ley Estatal de Procedimiento administrativo para el Estado de Hidalgo
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas del Estado de Hidalgo.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental
- Ley de Hacienda para los Municipios del Estado de Hidalgo
- Ley de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como los Organismos Descentralizados
- Ley de Disciplina Financiera
- Ley de la Coordinación Fiscal Federal
- Ley del Impuesto Sobre la Renta.

REGLAMENTOS:

- Reglamento Ley de Adquisiciones Arrendamientos y servicios del sector Público del Estado de Hidalgo
- Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. Otros
- Plan Municipal de Desarrollo
- Lineamientos emitidos por el CONAC
- Manuales DIF Tulancingo

Atribuciones

Artículo 27.- La Dirección de Finanzas y Administración, es la encargada de administrar los recursos financieros con los que cuenta el organismo, para lograr una adecuada operatividad económica, eficiente, eficaz y transparente, con racionalidad para una adecuada administración y rendición de cuentas, correspondiéndole las siguientes facultades y obligaciones:

I.- Participará con la Dirección General en la elaboración del anteproyecto que contiene las cuotas y tarifas, así como del anteproyecto de los presupuestos de ingresos y egresos;

II.- Vigilar, administrar, concentrar y custodiar, todos los ingresos que recaude el organismo;

III.- Coordinar a todas las direcciones en materia de integración y comprobación de los ingresos y egresos, que permita tener en tiempo y forma la información contable y presupuestal;

IV.- Dar atención y seguimiento a las instancias fiscalizadoras internas y externas;

V.- Llevar el control de archivo, así como la guarda y custodia de la documentación de acuerdo con la normatividad reglamentaria vigente;

VI.- Participar y llevar a cabo capacitaciones en materia inherente a la Dirección;

VII.- Elaborará las modificaciones correspondientes al Presupuesto de Egresos e Ingresos, informando a la Junta de Gobierno.

VIII.- Participar en la adquisición de bienes y servicios, que se contraten, verificando que se cumpla con la normatividad vigente;

IX.- Contar con el área de recursos humanos, que se encargara de verificar que la documentación para la contratación de personal sea acorde a los puestos autorizados; y

X.- Elaboración, pago y timbrado de nómina; Realizar las acciones necesarias para el cumplimiento de las obligaciones fiscales del organismo, elaborar los informes de avance de gestión financiera, cuenta pública y las que le confieran las disposiciones legales aplicables. Esta dependencia contará con una directora o director, que se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos que se describen en el presente artículo

DEFINICIONES.

- Ausencia: periodo laboral en el que un trabajador de la empresa no se encuentra en el lugar que debería estar en función de su contrato. Un empleado puede ausentarse de forma justificada o injustificada.
- Aviso: comunicación de interés general dirigida a todo el personal de la organización.
- Cargo: conjunto de funciones y responsabilidades que constituyen el trabajo asignado a una persona.
- Categoría: ordenes jerárquicas de una profesión
- Contrato: se entiende por contrato un acuerdo, generalmente escrito, por el que dos o más partes se comprometen a respetar y cumplir un seguido de condiciones que vienen especificadas en el mismo documento.
- Compensación: indemnización económica por el esfuerzo a un empleado (por ejemplo, horas extraordinarias)
- Curriculum vitae: enumeración y descripción detallada de la formación, experiencia y actividades profesionales de una persona.
- CONTABILIZAR: apuntar o registrar [una partida o una cantidad] en un libro de cuentas
- Despido: acción por la que una empresa da por finalizada su relación laboral con un trabajador.
- Día hábil: todos los días del año que sean laborables a efectos jurídicos.
- DESINTEGRAR: separar o agrupar la información en legajos correspondientes de manera ordenada.
- FACTURAR: una factura es un documento mercantil que registra la información de una venta o de una prestación de un servicio. En ella se constata físicamente que se ha realizado de **forma legal y satisfactoria** una operación entre dos partes.
- FINIQUITO: es la cantidad de dinero que una empresa debe pagar a un empleado cuando finaliza la relación laboral.
- Horario laboral: horario en el que se desarrolla la jornada laboral y que viene determinado por la empresa.
- Indemnización por despido: compensación económica que recibe un trabajador a consecuencia de un despido no justificado.
- INGRESOS: **incremento de los recursos económicos** que presenta una organización, una persona o un sistema contable, y que constituye un aumento del patrimonio neto de los mismos.
- INTEGRAR: proceso por medio del cual se reúne cierta documentación.

- Jubilación: se entiende como el cese de actividad laboral de un trabajador en activo, motivo por el hecho de haber llegado a la edad máxima o bien por impedimentos físicos como enfermedades crónicas graves o incapacidad.
- LEGAJOS: Conjunto de papeles archivados, generalmente atados, que tratan de un mismo asunto.
- Liquidación: es el documento que se le entrega al empleado cuando finaliza su contrato y que acredita que no hay deudas entre la empresa y el trabajador.
- NOMINA: Lista de los nombres de las personas que están en la plantilla de una empresa o entidad pública y cobran un sueldo de ella.
- Organigrama: es la representación gráfica de la jerarquía de relaciones y dependencias dentro de una empresa, muestra de manera clara la estructura interna de una empresa u organización y las competencias.
- Perfil de un puesto: características óptimas para el desempeño de una función laboral: formación, experiencia, aptitudes, liderazgo del candidato, etc. El conocimiento del perfil necesario para un puesto facilita el proceso de selección.
- Plantilla del personal: grupo de empleados de una empresa.
- RECEPCIÓN: Conjunto de operaciones de verificación y control que una institución debe realizar para la admisión de documentación.
- Recursos humanos: son un departamento dentro de las empresas en el que se gestiona todo lo relacionado con las personas que trabajan en ella.
- RENUNCIA: La dimisión se produce en aquellos supuestos en los que el trabajador decide abandonar su puesto de trabajo sin necesidad de alegar razones.
- Retribución: es la cantidad que recibe el trabajador a cambio de prestar sus servicios en unas condiciones determinadas.
- Salario: es el conjunto de las diferentes remuneraciones que una persona obtiene como contraprestación de los trabajos realizados por cuenta ajena.
- Salario bruto: es el total de la retribución dineraria que recibe el empleado antes de que se le deduzcan las retenciones, cotizaciones, impuestos, etc., a los que está sujeto.
- Salario mínimo: aquel que por ley debe recibir como mínimo un trabajador, independientemente de su empleo y profesión. Se fija por día y mes.
- Salario neto: es la retribución dineraria final que recibe el empleado y resulta de restar dichas retenciones, impuestos y cotizaciones al salario bruto.
- VACANTE: cargo, empleo que no está ocupado por nadie.

SIGLAS.

- **CFDI = Comprobantes Fiscales Digitales por Internet:** es una factura electrónica que describe un bien o servicio adquirido, la fecha de transacción, el costo y los impuestos correspondientes al pago de dicha transacción.
- **NOI = Nomina integral:** Aspel NOI automatiza el control de los aspectos más importantes de la nómina, ofrece un cálculo exacto de las percepciones y deducciones de los trabajadores.
- **R.H. = RECURSOS HUMANOS:** Los recursos humanos son un departamento dentro de las empresas en el que se gestiona todo lo relacionado con las personas que trabajan en ella. Esto incluiría desde el reclutamiento, selección, contratación, bienvenida, formación, promoción, nóminas y despidos.
- **SAT = EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA:** es una institución gubernamental que se encarga de que las personas físicas y morales contribuyan lo que corresponde a las disposiciones tributarias y aduaneras.

DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS

|  | PROCEDIMIENTO 1 | | FECHA |
|---|---|---|----------------------|
| | RECEPCIÓN DE PAQUETE DE INGRESOS | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Directora de Administración y Finanzas | Se redacta oficio para solicitar que la entrega de ingresos sea de manera semanal únicamente los días lunes o martes | Oficio |
| 2 | Encargada de ingresos | Se envía el oficio vía correo electrónico a todas las áreas para notificarles | Oficio |
| 3 | Director de área | Traer ingresos el día acordado con la encargada de ingresos | Paquete de ingresos |
| 4 | Encargada de ingresos | Recibe y revisa que el paquete de ingresos este completo | Paquete de ingresos |
| 5 | Encargada de ingresos | El paquete contiene corte de caja, baucher del banco y está sellado y firmado por el director (a) del área. Si (pasa al paso 7) No (pasa al paso 6) | Paquete de ingresos |
| 6 | Director de área | Regresa el paquete de ingresos al área para su corrección | Paquete de ingresos |

| | | | |
|-----------------|-----------------------|---|---------------------|
| 7 | Director de área | Corrige paquete y se vuelve a entregar al día siguiente (regresar al paso 4) | Paquete de ingresos |
| 8 | Encargada de ingresos | Se firma el acuse de recibido que trae el director de área | Acuse |
| 9 | Encargada de ingresos | Se registra el ingreso en la tabla del área | Control de ingresos |
| 10 | Encargada de ingresos | En el control de ingresos se escribe la fecha de entrega y se firma de recibido | Control de ingresos |
| 11 | Director de área | Firma el control de ingresos en la columna de entrega | Control de ingresos |
| 12 | Encargada de ingresos | Se archiva en la carpeta del área para poder generar la factura | No Aplica |
| FIN DEL PROCESO | | | |



PROCEDIMIENTO 2

FECHA

FACTURACIÓN

12/12/2023

UNIDAD ADMINISTRATIVA:
ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

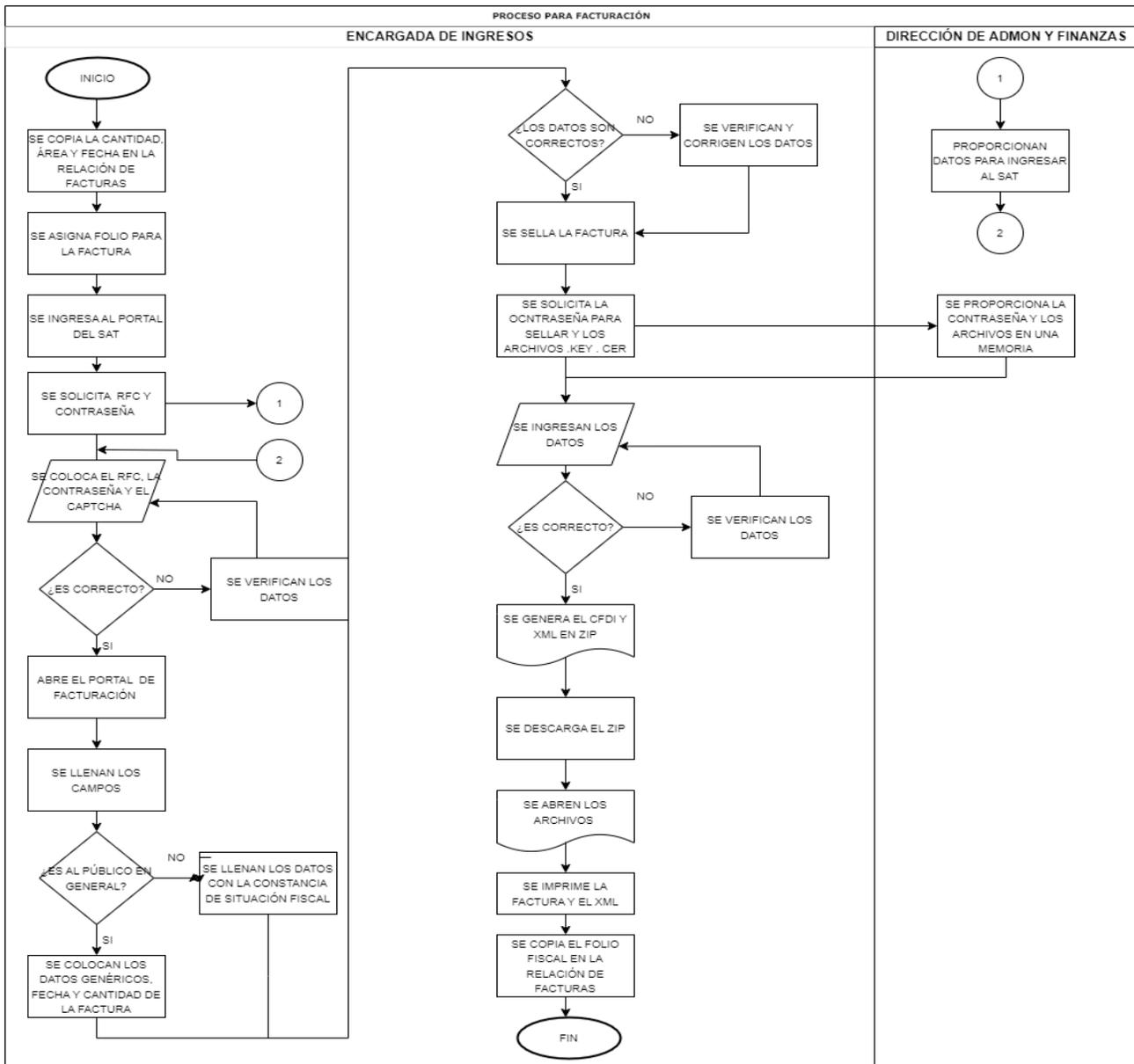
ÁREA DE INGRESOS

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
|------|--|---|----------------------|
| 1 | Encargada de Ingresos | Del Control de ingresos se escribe la fecha, área y cantidad en la Relación de Facturas | Relación de Facturas |
| 2 | Encargada de Ingresos | Se asigna folio a cada una de las facturas | Relación de Facturas |
| 3 | Encargada de Ingresos | Se ingresa al portal del SAT | No Aplica |
| 4 | Encargada de Ingresos | Se solicita al contador el RFC y la contraseña para ingresar al portal | No Aplica |
| 5 | Dirección de administración y finanzas | Se proporcionan los datos para ingresar al SAT | No Aplica |
| 6 | Encargada de Ingresos | Se escriben los datos proporcionados y el captcha para ingresar al portal del SAT | No Aplica |
| 7 | Encargada de Ingresos | Los datos ingresados son correctos (pasar al paso 9) | No Aplica |
| 8 | Encargada de Ingresos | Los datos ingresados son erróneos, se verifican y vuelven a escribir (paso 6) | No Aplica |
| 9 | Encargada de Ingresos | Se abre el portal para realizar la factura | No Aplica |

| | | | |
|----|--|--|------------|
| 10 | Encargada de Ingresos | Se llenan los campos requeridos | No Aplica |
| 11 | Encargada de Ingresos | Si la factura es al público en general (sigue paso 13) | No Aplica |
| 12 | Encargada de Ingresos | Si es a una persona física o moral se requiere la constancia fiscal para colocar los datos (sigue paso 13) | No Aplica |
| 13 | Encargada de Ingresos | Se verifica si los datos son correctos | No Aplica |
| 14 | Encargada de Ingresos | Si son correctos se sella la factura (paso 16) | No Aplica |
| 15 | Encargada de Ingresos | Si no son correctos, se corrigen (paso 16) | No Aplica |
| 16 | Encargada de Ingresos | Se da clic en sellar la factura | No Aplica |
| 17 | Encargada de Ingresos | Se solicita la contraseña para sellar facturas y los archivos .KEY y .CER | No Aplica |
| 18 | Dirección de administración y finanzas | Se proporcionan los datos y los archivos en una memoria | No Aplica |
| 19 | Encargada de Ingresos | Se ingresan la contraseña y se adjuntas los archivos | No Aplica |
| 20 | Encargada de Ingresos | Si son correctos se genera el CFDI y el archivo XML (paso 21) | No Aplica |
| 21 | Encargada de Ingresos | Si no son correctos se verifican y se ingresan nuevamente (paso 18) | No Aplica |
| 22 | Encargada de Ingresos | Se descarga el archivo zip | No Aplica |
| 23 | Encargada de Ingresos | Se abren los archivos en PDF y XML | CFDI y XML |
| 24 | Encargada de Ingresos | Se imprimen 2 veces el CFDI y 1 vez el XML | No Aplica |

| | | | |
|------------------------|-----------------------|--|------|
| 25 | Encargada de Ingresos | Se copia el folio fiscal del CFDI y se pega en la relación de facturas | CFDI |
| Fin del Proceso | | | |



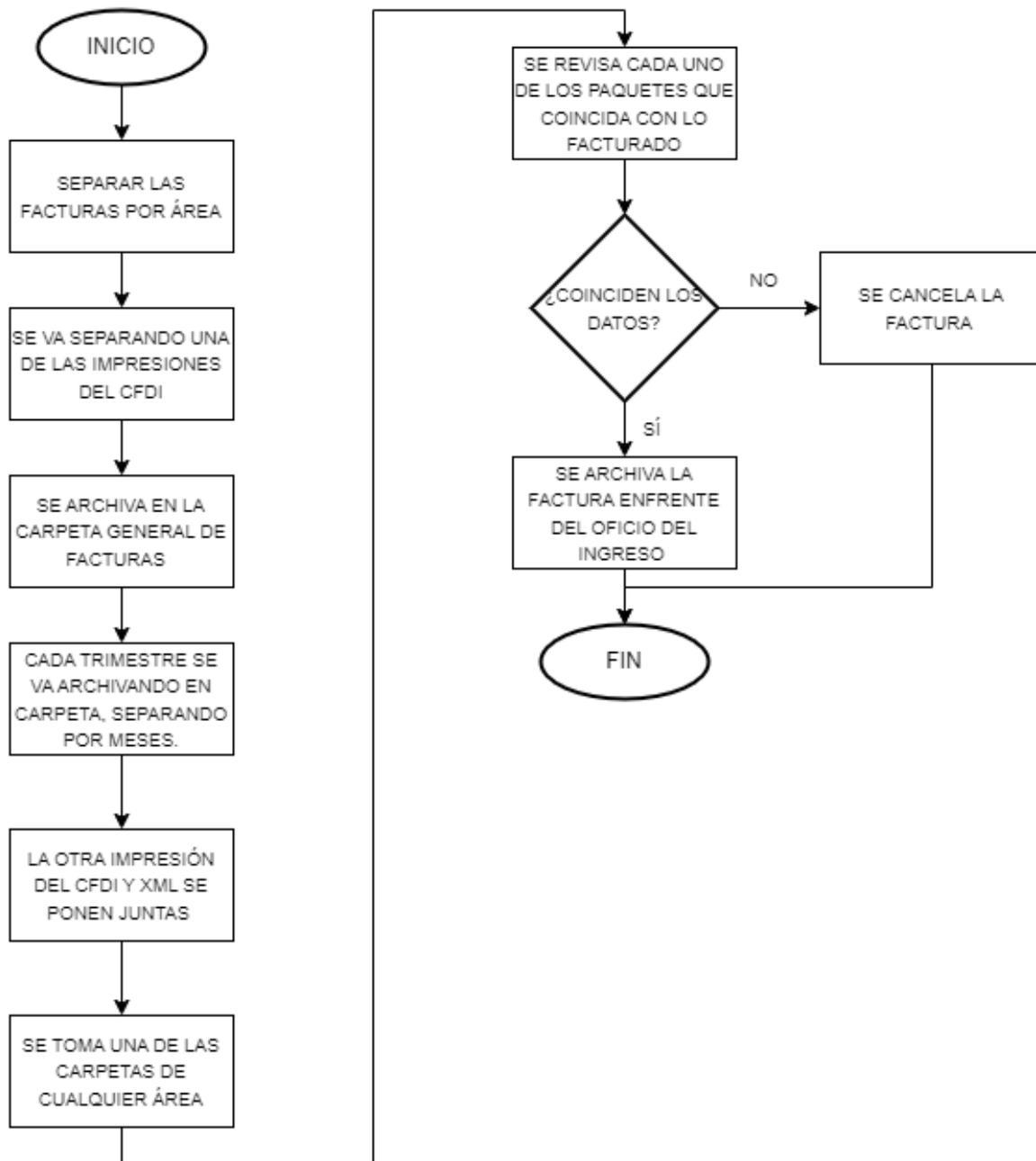


| | | PROCEDIMIENTO 3 | FECHA |
|---|-----------------------|--|----------------------|
| | | ARCHIVO DE FACTURAS CON INGRESOS | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE INGRESOS | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Encargada de Ingresos | Se separan las facturas por área | |
| 2 | Encargada de Ingresos | Se separa uno de los CFDI | |
| 3 | Encargada de Ingresos | Se archiva en la carpeta general de facturas | |
| 4 | Encargada de Ingresos | Cada trimestre se archiva en carpeta y se separa por meses | |
| 5 | Encargada de Ingresos | La otra impresión del CFDI y el XML se ponen juntas | |
| 6 | Encargada de Ingresos | Se toma una de las carpetas del área que sea | |
| 7 | Encargada de Ingresos | Se revisa cada uno de los paquetes que coincidan con lo facturado. | |
| 8 | Encargada de Ingresos | Si los datos coinciden se pasa al punto 10 y si no al punto 9 | |
| 9 | Encargada de ingresos | | |
| 10 | Encargada de ingresos | | |
| 11 | Encargada de ingresos | | |
| 12 | | | |
| FIN DEL PROCESO | | | |



Archivo de facturas con ingresos

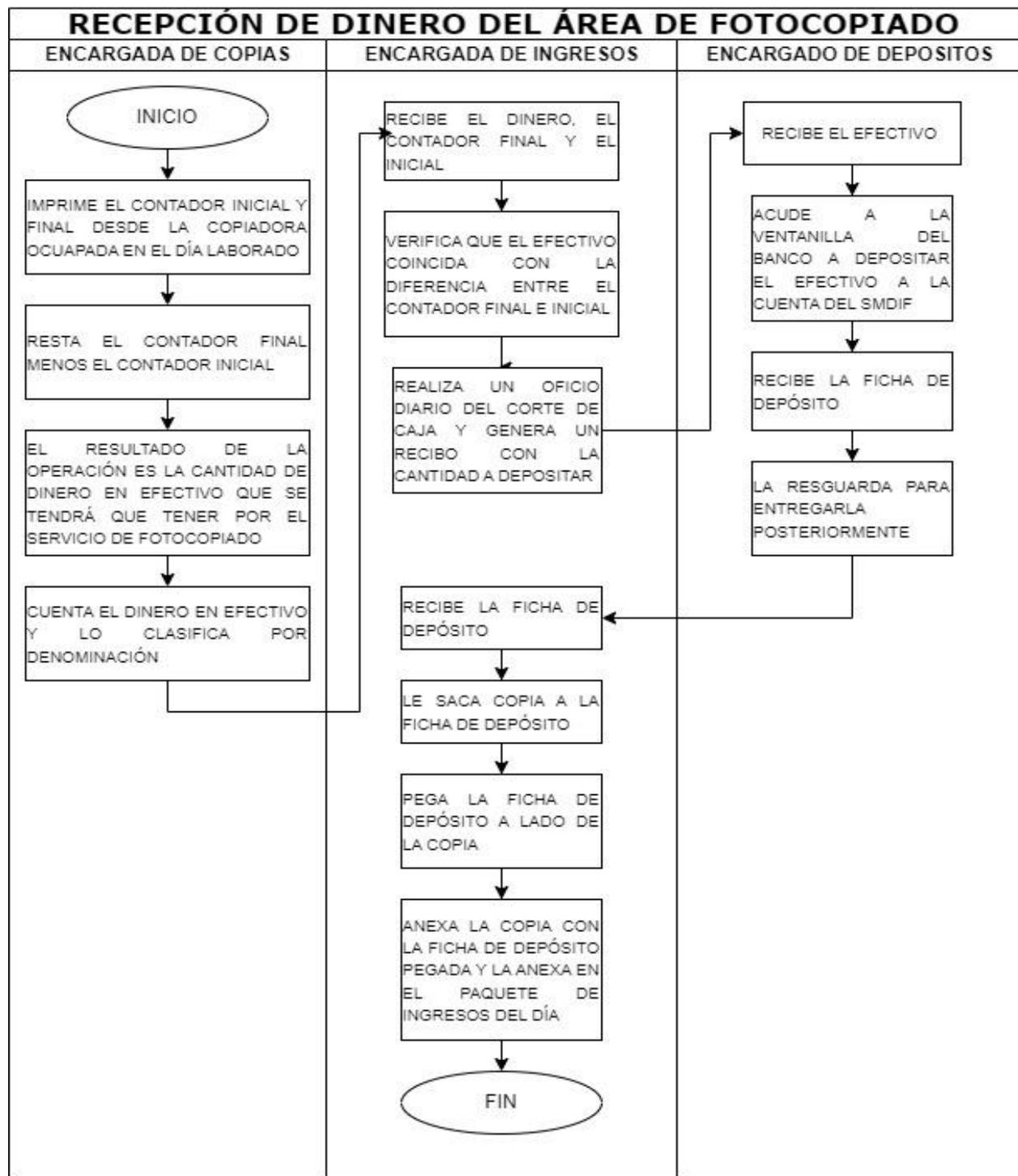
Encargada de Ingresos



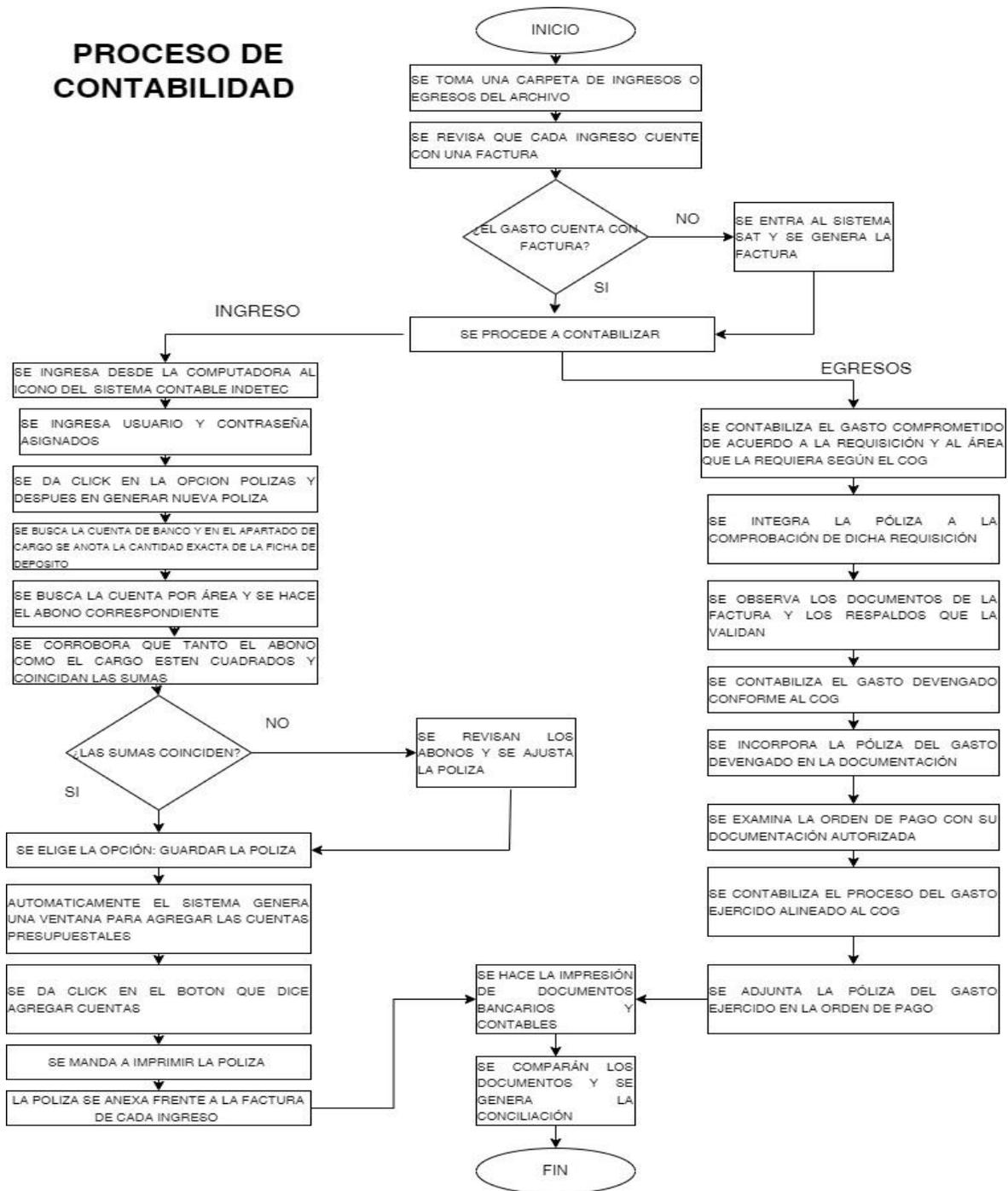


| | | PROCEDIMIENTO 4 | | FECHA |
|---|-----------------------|--|--------------------------|------------|
| | | RECEPCIÓN DE DINERO DEL ÁREA DE FOTOCOPIADO | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE INGRESOS | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO | |
| 1 | Encargada de copias | Imprime el contador inicial y final desde la fotocopidora ocupada en el día laborado | Contador inicial y final | |
| 2 | Encargada de copias | Resta el contador final menos el contador inicial | Contador inicial y final | |
| 3 | Encargada de copias | El resultado de la resta entre el contador final menos el contador inicial será la cantidad de dinero en efectivo con la que se deberá de contar por el servicio de fotocopiado. | N/A | |
| 4 | Encargada de copias | Cuenta en dinero en efectivo y lo clasifica por denominación. | N/A | |
| 5 | Encargada de ingresos | Recibe de la encargada de copias el contador inicial, el contador final y el dinero en efectivo | Contador inicial y final | |
| 6 | Encargada de ingresos | Verifica que el dinero en efectivo coincida con la operación realizada de la resta del contador final menos el contador inicial | N/A | |

| | | | | |
|-----------------|------------------------|----|---|--|
| 7 | Encargada de ingresos | de | Realiza un oficio diario donde plasma el corte de caja del centro de fotocopiado y genera un recibo con la cantidad de dinero recabada en el día. | Oficio de corte de caja y recibo |
| 8 | Encargado de depósitos | de | Recibe el dinero en efectivo de parte de la encargada de ingresos | N/A |
| 9 | Encargado de depósitos | de | Acude a la sucursal bancaria en el área de ventanilla para hacer el depósito correspondiente a la cuenta bancaria del SMDIF | N/A |
| 10 | Encargado de depósitos | de | Recibe la ficha de depósito con la cantidad de dinero depositada a la cuenta del SMDIF | Ficha de depósito |
| 11 | Encargado de depósitos | de | Guarda la ficha de depósito y la entrega a la encargada de ingresos | Ficha de deposito |
| 12 | Encargada de ingresos | de | Recibe del encargado de depósitos la ficha de deposito | Ficha de deposito |
| 13 | Encargada de ingresos | de | Saca una copia de la ficha de deposito | Copia de la ficha de deposito |
| 14 | Encargada de ingresos | de | Pega la ficha de depósito en la copia de la misma | Copia de la ficha de depósito y ficha de depósito anexada |
| 15 | Encargada de ingresos | de | Anexa la copia con la ficha de depósito al paquete de ingresos del día el cual deberá de contener, recibo y oficio de corte de caja. | Recibo, oficio de corte de caja, copia y ficha de deposito |
| FIN DEL PROCESO | | | | |



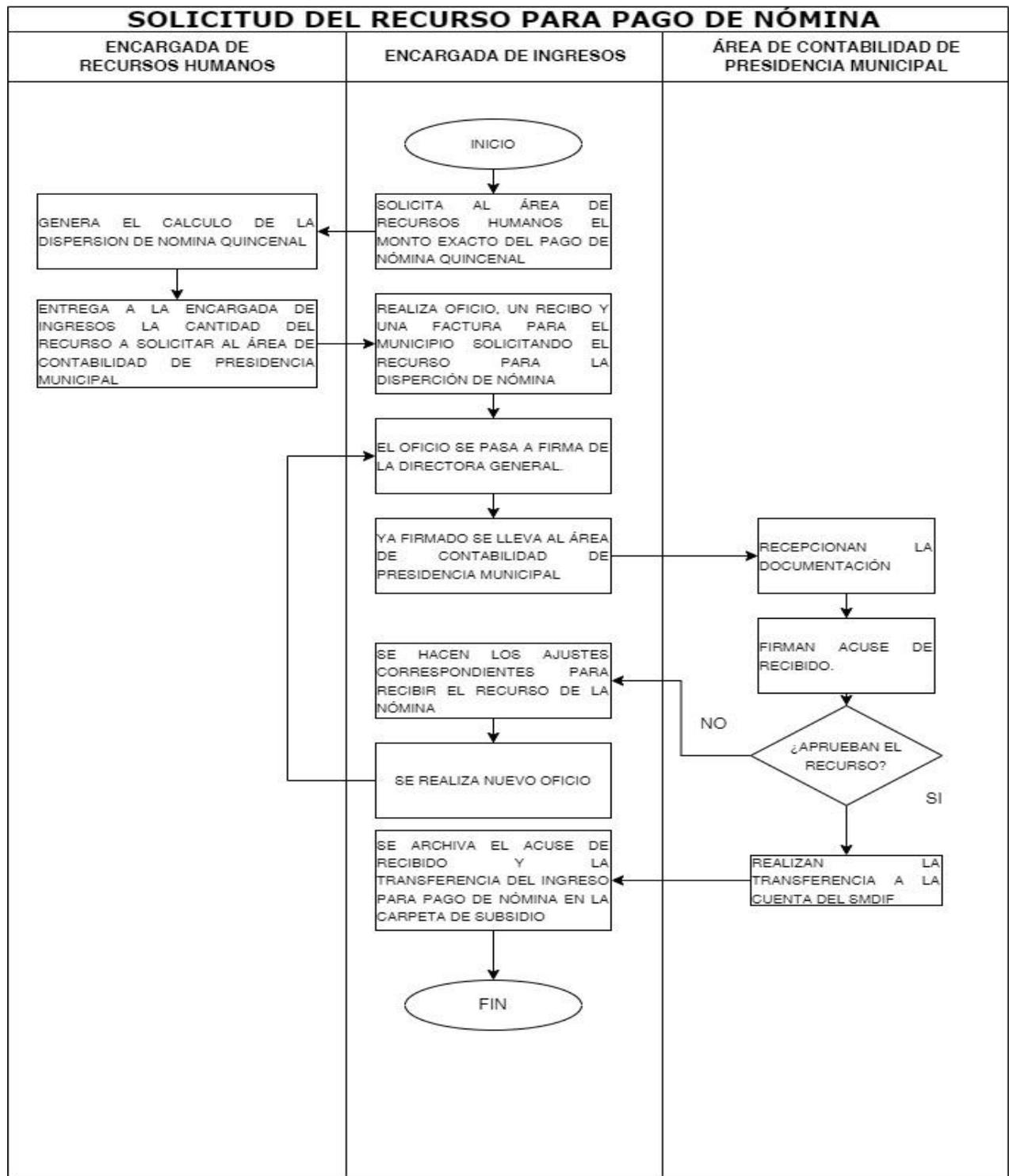
PROCESO DE CONTABILIDAD





| | | PROCEDIMIENTO 6 | FECHA |
|---|-------------------------------|---|---|
| | | Solicitud del recurso para pago de nómina | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE INGRESOS | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Encargada de ingresos | Solicita al área de recursos humanos el monto exacto del pago de la nómina quincenal. | N/A |
| 2 | Encargada de recursos humanos | Genera el cálculo de la dispersión de nómina quincenal desde la plataforma de NOI | N/A |
| 3 | Encargada de recursos humanos | Entrega a la encargada de ingresos la cantidad del recurso a solicitar al área de contabilidad de presidencia municipal. | N/A |
| 4 | Encargada de ingresos | Realiza un oficio donde se aclare la cantidad de dinero a solicitar, un recibo y una factura dirigida al municipio. | Oficio de solicitud del recurso, recibo y factura |
| 5 | Encargada de ingresos | El oficio se pasa a dirección general para que la directora lo firme y lo selle y posteriormente se le saca una copia y se presenta como acuse. | Oficio de solicitud del recurso y acuse de oficio |
| 6 | Encargada de ingresos | Lleva el oficio, el acuse, el recibo y la factura al área de | Oficio de solicitud del recurso |

| | | | |
|-----------------|---|--|---|
| | | contabilidad de presidencia municipal. | |
| 7 | Área de contabilidad de presidencia municipal | Recepcionar la documentación | Oficio de solicitud del recurso y acuse de oficio |
| 8 | Área de contabilidad de presidencia municipal | Firman acuse de recibido | Acuse de oficio |
| 9 | Área de contabilidad de presidencia municipal | Si el área de contabilidad de presidencia municipal aprueba el recurso se pasa al punto 11 y si no se aprueba el recurso se pasa al punto 10 | N/A |
| 10 | Encargada de ingresos | Si no se aprueba el recurso se hacen los ajustes correspondientes de cuentas y se cambian oficios | Oficio |
| 11 | Área de contabilidad de presidencia municipal | El área de contabilidad de presidencia municipal realiza la transferencia a la cuenta del SMDIF con el monto exacto del recurso solicitado | Transferencia |
| 12 | Encargada de ingresos | Se archiva el acuse del oficio y la transferencia del ingreso para dispersión de nómina en la carpeta de subsidio | Acuse del oficio y copia de transferencia |
| FIN DEL PROCESO | | | |



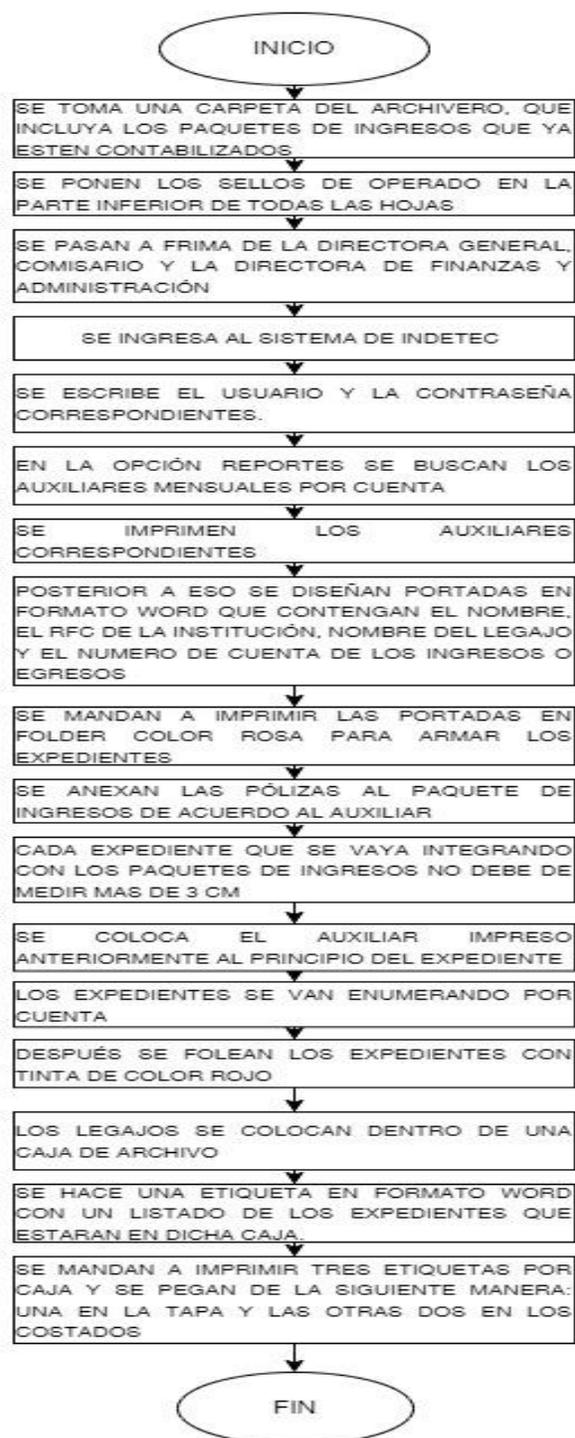


|  | | PROCEDIMIENTO 7 | FECHA |
|---|-----------------------|---|----------------------|
| | | Integración del expediente unitario de ingresos | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE INGRESOS | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Encargada de ingresos | Se toma una carpeta del archivero que incluya los paquetes de ingresos que ya estén contabilizados. | N/A |
| 2 | Encargada de ingresos | Se ponen los sellos de operado en la parte inferior en todas las hojas | N/A |
| 3 | Encargada de ingresos | Las carpetas ya selladas se pasan a firma de la directora general, el comisario y la directora de finanzas y administración | N/A |
| 4 | Encargada de ingresos | Se ingresa al sistema INDETEC | N/A |
| 5 | Encargada de ingresos | Se escribe el usuario y la contraseña correspondientes | N/A |
| 6 | Encargada de ingresos | En la opción de reportes se buscan los auxiliares mensuales por cuenta. | N/A |
| 7 | Encargada de ingresos | Se imprimen los auxiliares correspondientes. | N/A |
| 8 | Encargada de ingresos | Posterior a eso se diseñan las portadas de los expedientes en formato | N/A |

| | | | |
|-----------------|-----------------------|---|-----|
| | | Word, las cuales deberán contener nombre y RFC de la institución, el nombre del expediente y el número de cuenta, en la parte superior se colocan los logos y se manda a imprimir en folder de color rosa. | |
| 9 | Encargada de ingresos | Se anexan las pólizas al paquete de ingresos de acuerdo al auxiliar | N/A |
| 10 | Encargada de ingresos | Cada expediente que se vaya integrando con los paquetes de ingresos no deberá medir más de 3 cm. | N/A |
| 11 | Encargada de ingresos | Se coloca el auxiliar impreso anteriormente al principio del expediente. | N/A |
| 12 | Encargada de ingresos | Los expedientes se van enumerando por cuenta | N/A |
| 13 | Encargada de ingresos | Después los expedientes se folian con tinta de color rojo | N/A |
| 14 | Encargada de ingresos | Los expedientes terminados se van guardando en cajas de archivo | N/A |
| 15 | Encargada de ingresos | Las etiquetas que serán colocadas en los costados y en la tapa de la caja deberán de ser elaboradas en formato Word o Excel y deberán contener un listado de los expedientes que estarán dentro de dicha caja | N/A |
| | Encargada de ingresos | Se mandan a imprimir las etiquetas y se pegan con cinta en la tapa de la caja y a los dos costados | N/A |
| FIN DEL PROCESO | | | |



INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE UNITARIO DE INGRESOS





|  | | PROCEDIMIENTO 8 | FECHA |
|---|---|--|----------------------|
| | | Reclutamiento de personal | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE INGRESOS | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS Y RECUSROS HUMANOS | DETECTA LAS NECESIDAD DE PERSONAL EN ALGUN ÁREA DE DIF TULANCINGO | NO APLICA |
| 2 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS Y RECUSROS HUMANOS | SOLICITA A LA ENCARGADA DE RH LA APERTURA DE UNA VACANTE | OFICIO |
| 3 | ENCARGADA DE RH | LANZA CONVOCATORIA PARA EL RECLUTAMIENTO DE PERSONAL EN LAS DIFERENTES PLATAFORMAS O CON LOS DIRECTORES DE LAS ÁREAS | NO APLICA |
| 4 | ASPIRANTE | SOLICITA INFORMACION AL AREA DE RH | NO APLICA |
| 5 | ENCARGADA DE RH | RECEPCIONA DOCUMENTACION PRIMARIA DE ASPIRANTES | NO APLICA |
| 6 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION | ENTREVISTA A LOS ASPIRANTES | NO APLICA |

| | | | |
|-----------------|---|--|-----------|
| | Y FINANZAS Y RECURSOS HUMANOS | | |
| 7 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS Y RECURSOS HUMANOS | SI CUMPLE CON EL PERFIL, PASO 7, SI NO SE REGRESA A PASO 5 | NO APLICA |
| 8 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS Y RECURSOS HUMANOS | CANALIZA CON LA ENCARGADA DE RECURSOS HUMANOS | OFICIO |
| 9 | ENCARGADA DE RH | PIDE DOCUMENTACION SECUNDARIA Y EXPLICA MAS PROFUNDAMENTE SU PUESTO AL ASPIRANTE | NO APLICA |
| 10 | ASPIRANTE | TRAE DOCUMENTACION COMPLEMENTARIA PARA DARLO DE ALTA | NO APLICA |
| 11 | ASPIRANTE | ¿ES CORRECTA LA INFORMACIÓN? PASO 12 SI NO, SE REGRESA A PASO 9 | NO APLICA |
| 12 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS Y RECURSOS HUMANOS | DA OFICIO DE ALTA, DIA, MONTO Y ÁREA A LA ENCARGADA DE RH | OFICIO |
| 13 | ENCARGADA DE RH | ABRE EXPEDIENTE DEL SERVIDOR | NO APLICA |
| 14 | ENCARGADA DE RH | DA DE ALTA EM SISTEMA NOI | NO APLICA |
| 15 | ENCARGADA DE RH | PRESENTA AL SERVIDOR DE NUEVO INGRESO CON SU JEFE INMEDIATO | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |



PROCEDIMIENTO 9

FECHA

Alta de personal

14/12/2023

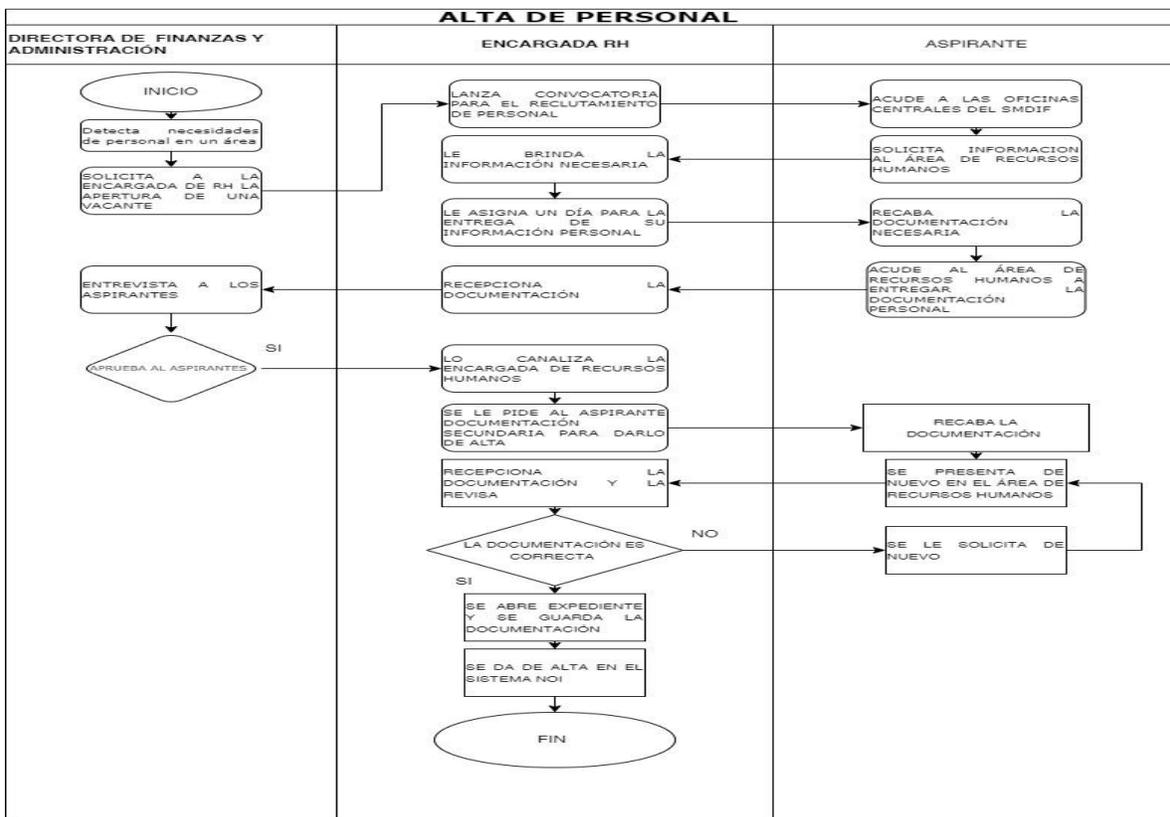
UNIDAD ADMINISTRATIVA:
ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

ÁREA DE INGRESOS

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
|------|--|---|----------------------|
| 1 | DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS Y RECUSROS HUMANOS | OTORGA A LA ENCARGADA DE RH USUARIO Y CONTRASEÑA PARA ACCEDER AL SISTEMA NOI PARA DAR DE ALTA AL PERSONAL NUEVO | NO APLICA |
| 2 | ENCARGADO DE RH | RECIBE USUARIO Y CONTRASEÑA PARA ACCEDER A SISTEMA NOI | NO APLICA |
| 3 | ENCARGADO DE RH | VERIFICA QUE EL EXPEDIENTE DEL SERVIDOR PUBLICO ESTE Completo. SI ESTÁ COMPLETO PASO 4. DE LO CONTRARIO PASO 8 | NO APLICA |
| 4 | ENCARGADO DE RH | INGRESA AL SISTEMA NOI PARA DAR DE ALTA AL SERVIDOR PUBLICO NUEVO | NO APLICA |
| 5 | ENCARGADO DE RH | NOTIFICA A LA DIRECTORA DE AYF RH EL ALTA DEL SERVIDOR NUEVO. | NO APLICA |
| 6 | ENCARGADO DE RH | SE CITA AL PERSONAL NUEVO PARA DARLOS DE ALTA EN EL | NO APLICA |

| | | | |
|-----------------|-------------------------|---|-----------|
| | | CHECADOR DE CADA ÁREA CON NUMERO DE EMPLEADO Y HUELLA DIGITAL | |
| 7 | SERVIDOR PUBLICO | ACUDE EN TIEMPO A SU ÁREA PARA SER DADO DE ALTA EN EL CHECADOR Y SER PRESENTADO CON SU JEFE INMEDIATO | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |

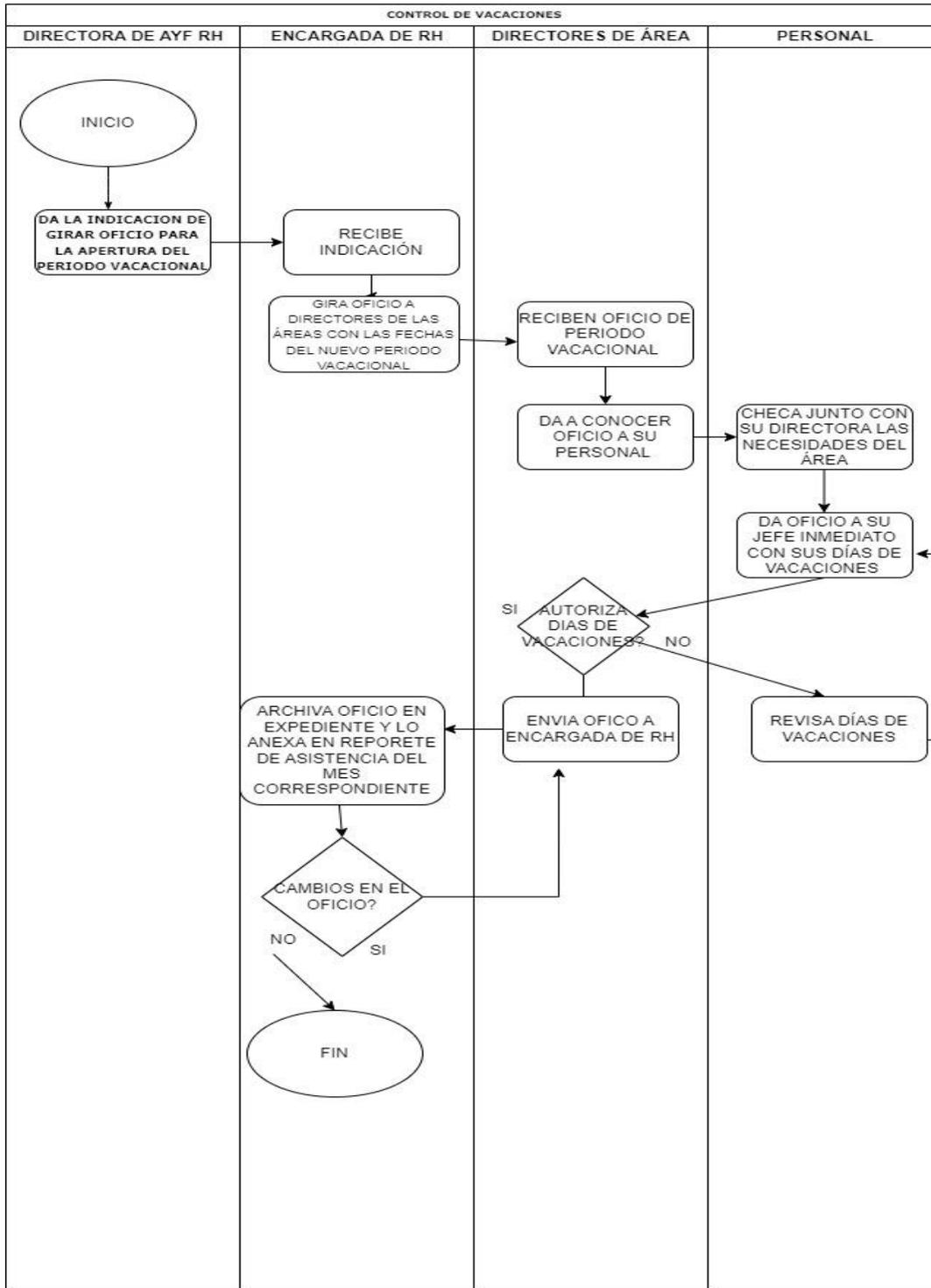


|  | PROCEDIMIENTO 10 | | FECHA |
|---|---------------------------------|---|-----------------------------|
| | Asistencia del personal | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | ÁREA DE RECURSOS HUMANOS | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Encargada de RH | Después de tener la documentación completa, se da de alta al personal | NO APLICA |
| 2 | Personal | Al estar dado de alta el personal recibe un numero de trabajador que es con el que se va a identificar durante todo su ciclo en la administración | NO APLICA |
| 3 | Encargada de RH | Una vez teniendo su número de trabajador, se anexa al checador, poniendo huellas dactilares para que pueda registrar sus entradas y salidas. | NO APLICA |
| 4 | Personal | El personal tiene la obligación de registrar sus entradas y salidas todos los días que asista a trabajar de acuerdo a su contrato y horarios del área en el que este adscrito | NO APLICA |
| 5 | Directores de Áreas | Los directores tienen la obligación de proporcionar al área de administración y finanzas de manera | NO APLICA |

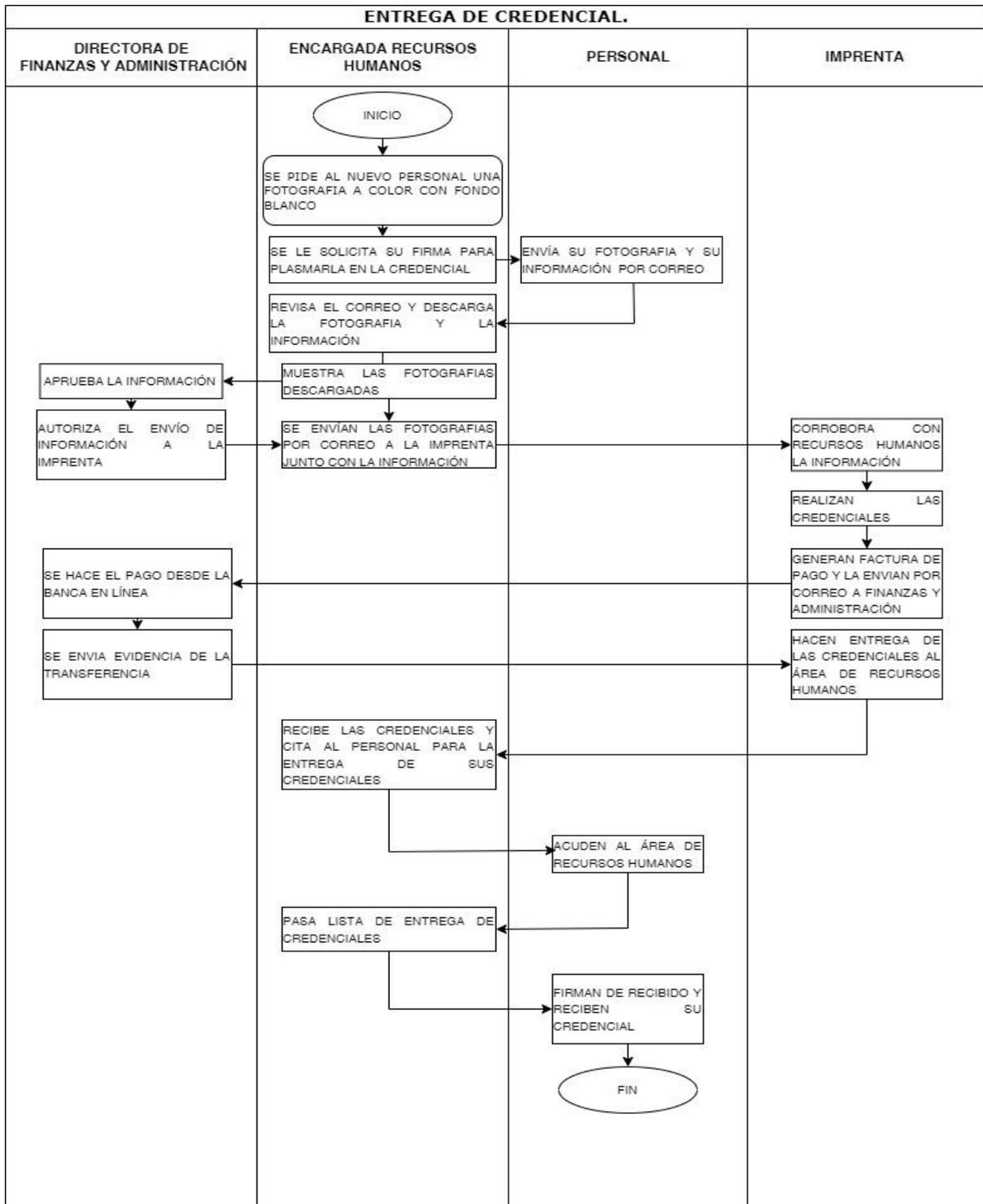
| | | | |
|-----------------|------------------------|---|-----------|
| | | quincenal el reporte de asistencia de todo su personal | |
| 6 | Encargada de RH | Recibe el reporte de cada 1 de las 16 áreas que componen el sistema DIF Tulancingo | NO APLICA |
| 7 | Directora FYARH | Revisa de manera detalla el reporte de asistencia para verificar si el personal tuvo faltas y se justificaron correctamente | NO APLICA |
| 8 | Directora FYARH | ¿Existen faltas o retardos? No, paso 9 si sí paso 11 | NO APLICA |
| 9 | Encargada de RH | se archiva en la carpeta asignada de cada mes el reporte de Asistencia | NO APLICA |
| 10 | Encargada de RH | se ocupa como referencia para el pago de la nómina de esa quincena | NO APLICA |
| 11 | Directora FYARH | se llama al servidor y /o al director del área para la correcta justificación. | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |

|  | PROCEDIMIENTO 11 | | FECHA |
|---|--|--|----------------------|
| | Control de vacaciones | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | ÁREA DE RECURSOS HUMANOS | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | DIRECTORA AREA DE ADMON Y FINANZAS RH | DA LA INDICACIÓN DE GIRAR EL OFICIO DE VACACIONES | NO APLICA |
| 2 | ENCARGADA RH | RECIBE INDICACIÓN | NO APLICA |
| 3 | ENCARGADA RH | GIRA OFICIO A DIRECTORES DEL SISTEMA DIF CON LAS FECHAS DEL NUEVO PERIODO VACACIONAL | OFICIO |
| 4 | DIRECTORAS DE ÁREA DIF TULANCINGO | RECIBEN OFICIO DE PERIODO VACACIONAL | NO APLICA |
| 5 | DIRECTORAS DE ÁREA DIF TULANCINGO | DA A CONOCER OFICIO A SU PERSONAL | NO APLICA |
| 6 | SERVIDOR PUBLICO | CHECA JUNTO CON SU DIRECTORA LAS NECESIDADES DEL AREA PARA TOMA DE DECISIONES DE | NO APLICA |
| 7 | SERVIDOR PUBLICO | DA OFICIO CON FECHA DE VACACIONES A SU JEFE INMEDIATO | OFICIO |
| 8 | DIRECTORAS DE ÁREA DIF TULANCINGO | ¿SE AUTORIZAN VACACIONES? SI PASO SIGUIENTE NO REGRESAR LA PASO 6 | NO APLICA |

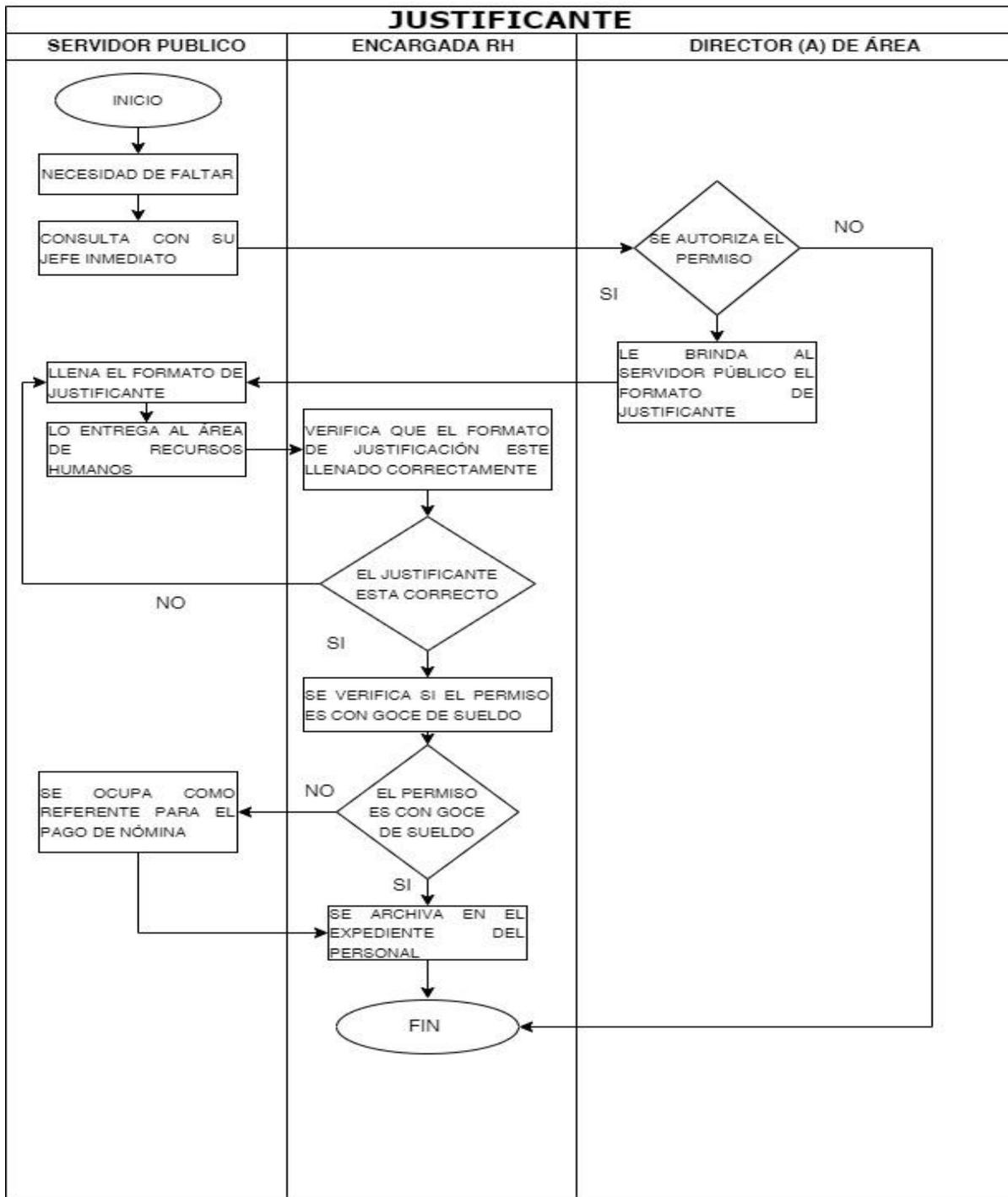
| | | | |
|-----------------|--|---|-----------|
| 9 | DIRECTORAS DE ÁREA DIF TULANCINGO | ENVIA OFICIO A ENCARGADA DE RH | OFICIO |
| 10 | ENCARGADA RH | ARCHIVA OFICIO EN EXPEDIENTE Y LO ANEXA EN REPORTE DE ASSITENCIA DEL MES CORRESPONDENTE | NO APLICA |
| 11 | ENCARGADA RH | ¿CAMBIOS EN EL OFICIO? SI PASO 9, NO PASO SIGUIENTE | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |



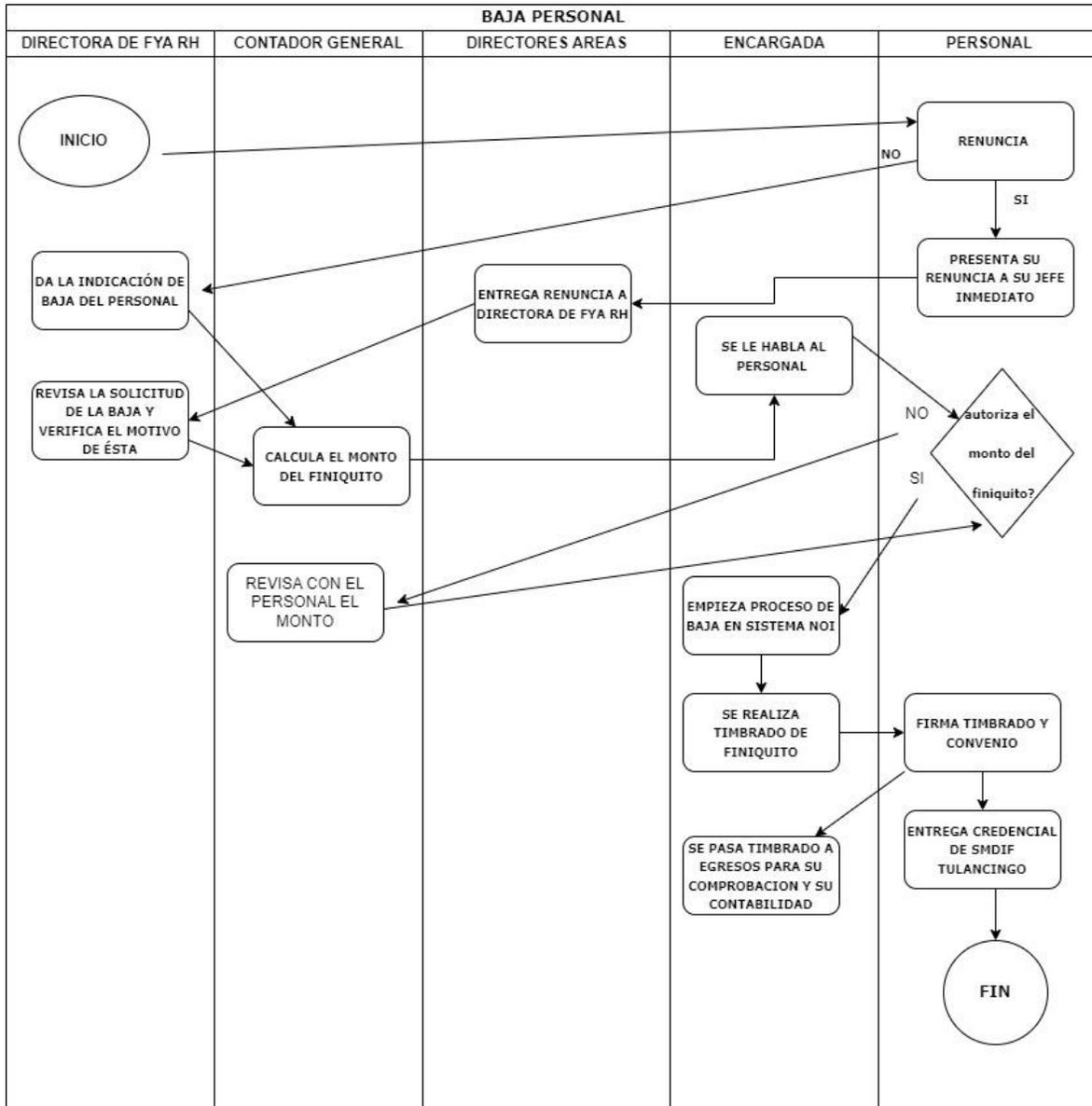
|  | PROCEDIMIENTO 12 | | FECHA |
|---|----------------------------------|--|----------------------|
| | Entrega de credencial | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | ÁREA DE RECURSOS HUMANOS | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | ENCARGADA RH | SE PIDE AL NUEVO SERVIDOR FOTOGRAFIA Y FIRMA PARA CREDENCIAL | NO APLICA |
| 2 | SERVIDOR PUBLICO | ENVIA FOTO Y FIRMA | NO APLICA |
| 3 | DIRECTORA DE ADMON Y FINANZAS RH | APRUEBA EL ENVIO DE INFORMACION A LA IMPRENTA | NO APLICA |
| 4 | ENCARGADA RH | SE ENVIA INFORMACIÓN A LA IMPRENTA PARA LA CREDENCIALIZACIÓN | NO APLICA |
| 5 | IMPRENTA | LA IMPRENTA CORROBORA CON RH LA INFORMACIÓN | NO APLICA |
| 6 | ENCARGADA RH | ¿LOS DATOS SON CORRECTOS? SI, PASO SIGUIENTE, NO PASO 4 | NO APLICA |
| 7 | CONTABILIDAD | CONTABILIDAD HACE EL PAGO DE LAS CREDENCIALES | NO APLICA |
| 8 | ENCARGADA RH | SE CITA AL PERSONAL PARA LA ENTREGA DE LA CREDENCIAL | NO APLICA |
| 9 | ENCARGADA RH | FIRMA EN LISTA DE RECIBIDO LA RECEPCION DE SU CREDENCIAL | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |



|  | PROCEDIMIENTO 13 | | FECHA |
|---|--------------------------|---|----------------------|
| | Justificantes | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | ÁREA DE RECURSOS HUMANOS | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | SERVIDOR PUBLICO | NECESIDAD DE FALTA | NO APLICA |
| 2 | SERVIDOR PUBLICO | CONSULTA CON SU JEFE INMEDIATO | NO APLICA |
| 3 | DIRECTOR DE ÁREA | SE AUTORIZA EL PERMISO, SI PASO 4 NO REGRESAR AL PASO 2 | NO APLICA |
| 4 | DIRECTOR DE ÁREA | LE DA AL SERVIDOR EL FORMATO DE JUSTIFICANTE | FORMATO |
| 5 | SERVIDOR PUBLICO | ENTREGA EL FORMATO LLENADO | FORMATO |
| 6 | ENCARGADA RH | ¿CORRECTAMENTE JUSTIFICADO? SI PASO 7 NO REGRESAR AL PASO 4 | NO APLICA |
| 7 | ENCARGADA RH | SE ARCHIVA EN EXPEDIENTE DEL PERSONAL | NO APLICA |
| 8 | ENCARGADA RH | ¿PERMISO CON GOCE DE SUELDO? SI O NO | NO APLICA |
| 9 | ENCARGADA RH | SE OCUPA PARA COMO REFERENTE PARA EL PAGO DE NOMINA | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |



|  | PROCEDIMIENTO 14 | | FECHA |
|---|--------------------------|--|----------------------|
| | Baja de personal | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | ÁREA DE RECURSOS HUMANOS | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | SERVIDOR PUBLICO | SI ES RENUNCIA SEGUIR PASO 2 SI NO | NO APLICA |
| 2 | SERVIDOR PUBLICO | PRESENTA SU RENUNCIA AL JEFE INMEDIATO | OFICIO |
| 3 | DIRECTOR DE ÁREA | ENTREGA RENUNCIA S DIRECTOR DE FINANZAS O RH | OFICIO |
| 4 | CONTADOR GENERAL | CALCULA EL MONTO DEL FINIQUITO | NO APLICA |
| 5 | ENCARGADO DE RH | LE HABLA AL SERVIDOR PARA VER EL FINIQUITO | NO APLICA |
| 6 | SERVIDOR PUBLICO | ¿AUTORIZA EL MONTO DEL FINIQUITO? SI PASO SIGUIENTE, NO REGRESAR AL PASO 4 | NO APLICA |
| 7 | ENCARGADO DE RH | COMIENZA PROCESO DE BAJA EN SISTEMA NOI | NO APLICA |
| 8 | ENCARGADO DE RH | REALIZA TIMBRADO DE FINIQUITO | RECIBO DE FINIQUITO |
| 9 | ENCARGADO DE RH | FIRMA TIMBRADO Y CONVENIO | RECIBO DE FINIQUITO |
| 10 | ENCARGADO DE RH | SE PASA TIMBRADO A EGRESOS PARA SU CONTABILIDAD | NO APLICA |
| 11 | SERVIDOR PUBLICO | ENTREGA CREDENCIAL DE SISTEMA DIF TULANCINGO | NO APLICA |
| FIN DEL PROCESO | | | |





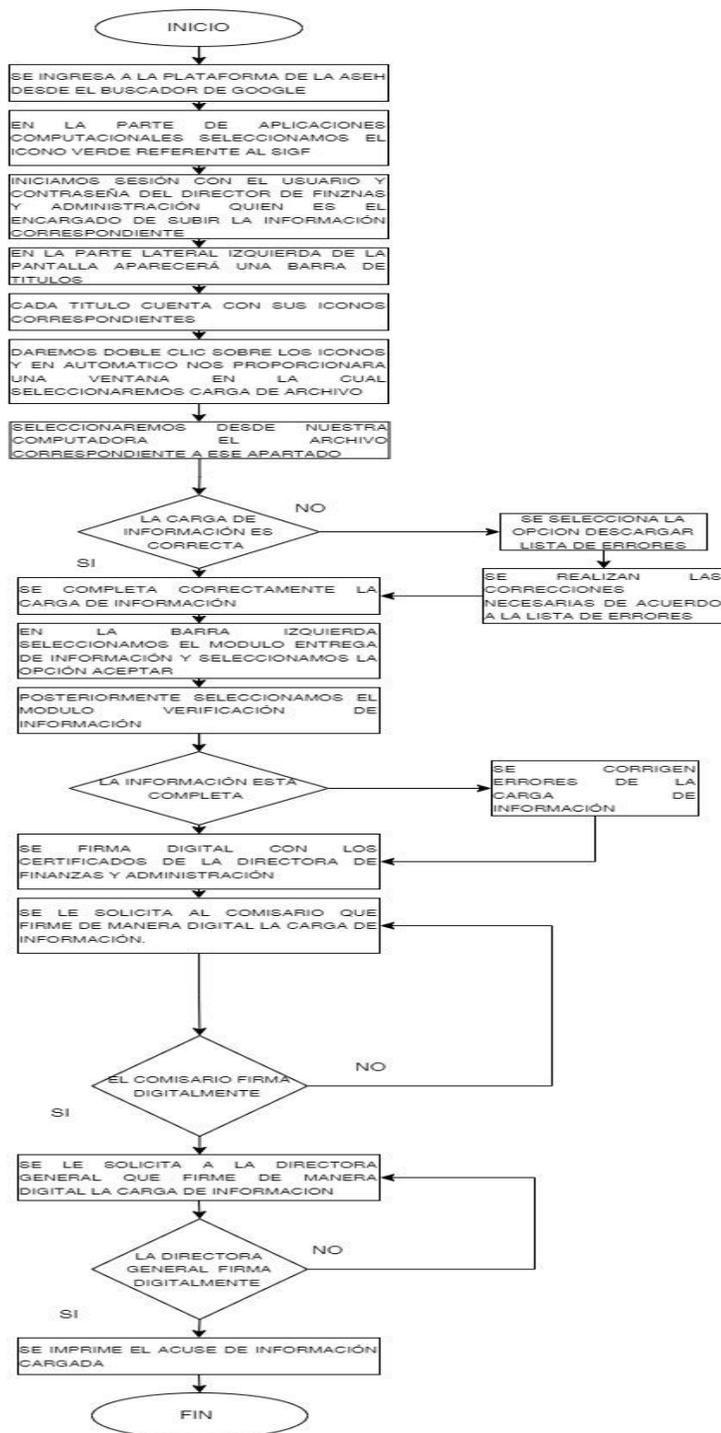
|  | | PROCEDIMIENTO 15 | FECHA |
|---|------------------|---|----------------------|
| | | Carga de información de AIGF SIGF | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | CONTADOR GENERAL | Se ingresa a la plataforma de la ASEH desde el buscador de GOOGLE. | N/A |
| 2 | CONTADOR GENERAL | En la parte de aplicaciones computacionales seleccionamos el icono verde referente al SIGF | N/A |
| 3 | CONTADOR GENERAL | Iniciamos sesión con el usuario y contraseña del director de finanzas y administración quien es el encargado de subir la información correspondiente. | N/A |
| 4 | CONTADOR GENERAL | En la parte lateral izquierda de la pantalla aparecerá una barra de títulos | N/A |
| 5 | CONTADOR GENERAL | Cada título contara con sus iconos correspondientes | N/A |
| 6 | CONTADOR GENERAL | Daremos doble click sobre los iconos y en automático nos proporcionara una ventana en la cual seleccionaremos carga de archivo | N/A |

| | | | |
|-----------------|------------------|---|---------------------------------|
| 7 | CONTADOR GENERAL | Seleccionaremos desde nuestra computadora el archivo correspondiente a ese apartado. | N/A |
| 8 | CONTADOR GENERAL | Si la carga de información es correcta pasamos al paso 10 y si es incorrecta pasamos al paso 9 | N/A |
| 9 | CONTADOR GENERAL | Seleccionaremos la opción descargar lista de errores y haremos las correcciones correspondientes a nuestro archivo. | N/A |
| 10 | CONTADOR GENERAL | En la parte izquierda seleccionaremos el módulo entrega de información y seleccionaremos la opción aceptar | N/A |
| 11 | CONTADOR GENERAL | Posteriormente seleccionaremos el módulo verificación de información | N/A |
| 12 | CONTADOR GENERAL | Si la información está completa pasamos al punto 14 y si está incompleta pasamos al punto 13 | N/A |
| 13 | CONTADOR GENERAL | Se corrigen errores de la carga de información general | N/A |
| 14 | CONTADOR GENERAL | Se firma digital con los certificados de la directora de finanzas y administración, la directora general y el comisario | N/A |
| 15 | CONTADOR GENERAL | Después de las firmas se generará un acuse el cual deberemos de imprimir y anexar a la carpeta de información SIGF | ACUSE DE ENTREGA DE INFORMACIÓN |
| FIN DEL PROCESO | | | |



**CARGA
INFORMACIÓN
IAGF SIGF**

**DE
DE**



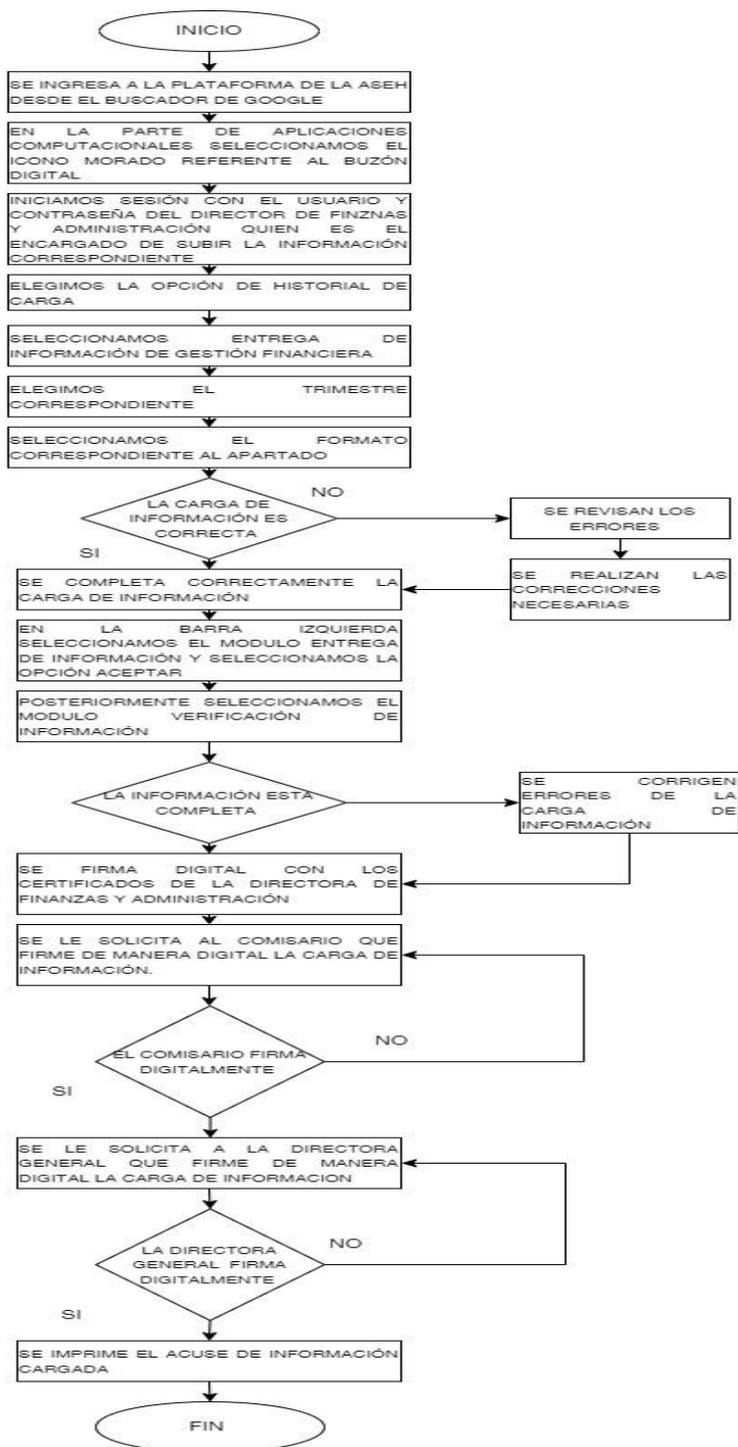


|  | | PROCEDIMIENTO 16 | FECHA |
|---|------------------|---|----------------------|
| | | Carga de información de IAGF BUZÓN DIGITAL | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS | | ÁREA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | CONTADOR GENERAL | Se ingresa a la plataforma de la ASEH desde el buscador de GOOGLE. | N/A |
| 2 | CONTADOR GENERAL | En la parte de aplicaciones computacionales seleccionamos el icono morado del buzón digital | N/A |
| 3 | CONTADOR GENERAL | Iniciamos sesión con el usuario y contraseña del director de finanzas y administración quien es el encargado de subir la información correspondiente. | N/A |
| 4 | CONTADOR GENERAL | Elegimos la opción de historial de carga | N/A |
| 5 | CONTADOR GENERAL | Seleccionamos entrega de información de gestión financiera | N/A |
| 6 | CONTADOR GENERAL | Elegimos el trimestre correspondiente | N/A |
| 7 | CONTADOR GENERAL | Seleccionamos el formato u archivo correspondiente al apartado | N/A |



| | | | |
|-----------------|------------------|---|---------------------------------|
| 8 | CONTADOR GENERAL | Si la carga de información es correcta pasamos al paso 10 y si es incorrecta pasamos al paso 9 | N/A |
| 9 | CONTADOR GENERAL | Se revisan los errores y se realizan las correcciones necesarias | N/A |
| 10 | CONTADOR GENERAL | En la parte izquierda seleccionaremos el módulo entrega de información y seleccionaremos la opción aceptar | N/A |
| 11 | CONTADOR GENERAL | Posteriormente seleccionaremos el módulo verificación de información | N/A |
| 12 | CONTADOR GENERAL | Si la información está completa pasamos al punto 14 y si está incompleta pasamos al punto 13 | N/A |
| 13 | CONTADOR GENERAL | Se corrigen errores de la carga de información general | N/A |
| 14 | CONTADOR GENERAL | Se firma digital con los certificados de la directora de finanzas y administración, la directora general y el comisario | N/A |
| 15 | CONTADOR GENERAL | Después de las firmas se generará un acuse el cual deberemos de imprimir y anexar a la carpeta de información SIGF | ACUSE DE ENTREGA DE INFORMACIÓN |
| FIN DEL PROCESO | | | |

CARGA DE INFORMACIÓN DE IAGF BUZÓN DIGITAL



Y04 JURÍDICO

INTRODUCCIÓN.

De acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo 2016-2020, el Municipio de Tulancingo de Bravo Hidalgo, establece el compromiso de hacer más eficiente los servicios públicos y eficaces en la respuesta a las demandas de la sociedad, siendo transparente en sus procesos de gestión teniendo la certeza de contar con un gobierno municipal cercano a la gente.

Con fundamento en la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo Artículo 56 fracción I inciso b) y fracción II inciso a) en donde se indica; las dependencias de la Administración Pública Municipal deberán contar con manuales de organización, servicios y procedimientos y otros instrumentos para mejorar el desempeño de la administración.

Por lo anterior, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo (DIF) intensifica sus acciones para articular y dar mayor oportunidad a la labor que desempeña, para lo cual es indispensable que este organismo cuente con los mecanismos administrativos que apoyen, aseguren y agilicen el cumplimiento de sus acciones.

Por lo que el presente Manual de Organización fue elaborado con el firme propósito de definir de una manera clara y eficiente las actividades, trámites y servicios, propias de la Dirección Jurídica del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo. (DIF), mismo que debe ser considerado como instrumento de consulta y apoyo a los funcionarios públicos, así como los procesos internos, encaminando sus objetivos, estrategias, acciones y políticas públicas. Por ello, su organización y sistema de trabajo deben revisarse y modernizarse constantemente, a fin de garantizar una gestión pública eficiente y moderna.

OBJETIVO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.

El presente Manual de Procedimientos tiene como objetivo principal el delimitar en forma clara y sistemática cada uno de los procesos que se realizan en el área, de acuerdo a la estructura orgánica autorizada en el Reglamento Interior del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

- Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo.
- Ley de Prestamos, Compensaciones por Retiro y Jubilaciones para el Estado de Hidalgo.

- Ley de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como de los Organismos Descentralizados del Estado de Hidalgo.
- Decreto de Creación del “Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo” publicado el día 09 de octubre de 2023 en el periódico Oficial del Estado de Hidalgo.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo.

ATRIBUCIONES

Artículo 18.- La Dirección Jurídica tendrá como objeto principal la prevención y atención a la violencia familiar para lograr el sano desarrollo de los individuos y la integración de las familias; atender aquella población en situación vulnerable y contribuir a la resolución de sus necesidades, a efecto de que puedan ejercer libremente sus derechos y coadyuvar a su reintegración al seno familiar y social. Son facultades y obligaciones de esta dirección, las siguientes:

I.- Brindar asesoría jurídica y en su caso de representación al organismo;

II.- Realizar las acciones en materia jurídica para el fortalecimiento de la familia, la protección de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de vulnerabilidad;

III.- Coordinarse con otros organismos públicos y privados para el cumplimiento de los fines del organismo, en aquellos casos que sea necesario;

IV.- Emitir opinión al Ayuntamiento en la expedición o reforma a los reglamentos para el fortalecimiento de la familia, la protección de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de vulnerabilidad;

V.- Participar en las campañas de divulgación sobre los diversos aspectos relacionados con el fortalecimiento de la familia, la protección de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de vulnerabilidad;

VI.- Revisar los contratos y convenios que deba suscribir el organismo; y

VII.- Coordinarse con la Dirección de la Unidad de Primer Contacto del organismo, el Ministerio Público del fuero común y Federal en todo lo relacionado con aquellos hechos que sean posiblemente constitutivos de delito en agravio de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de vulnerabilidad, según sea el caso, en términos de la legislación vigente. Esta dependencia contará con una directora o director, que se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos que se describen en el presente artículo.

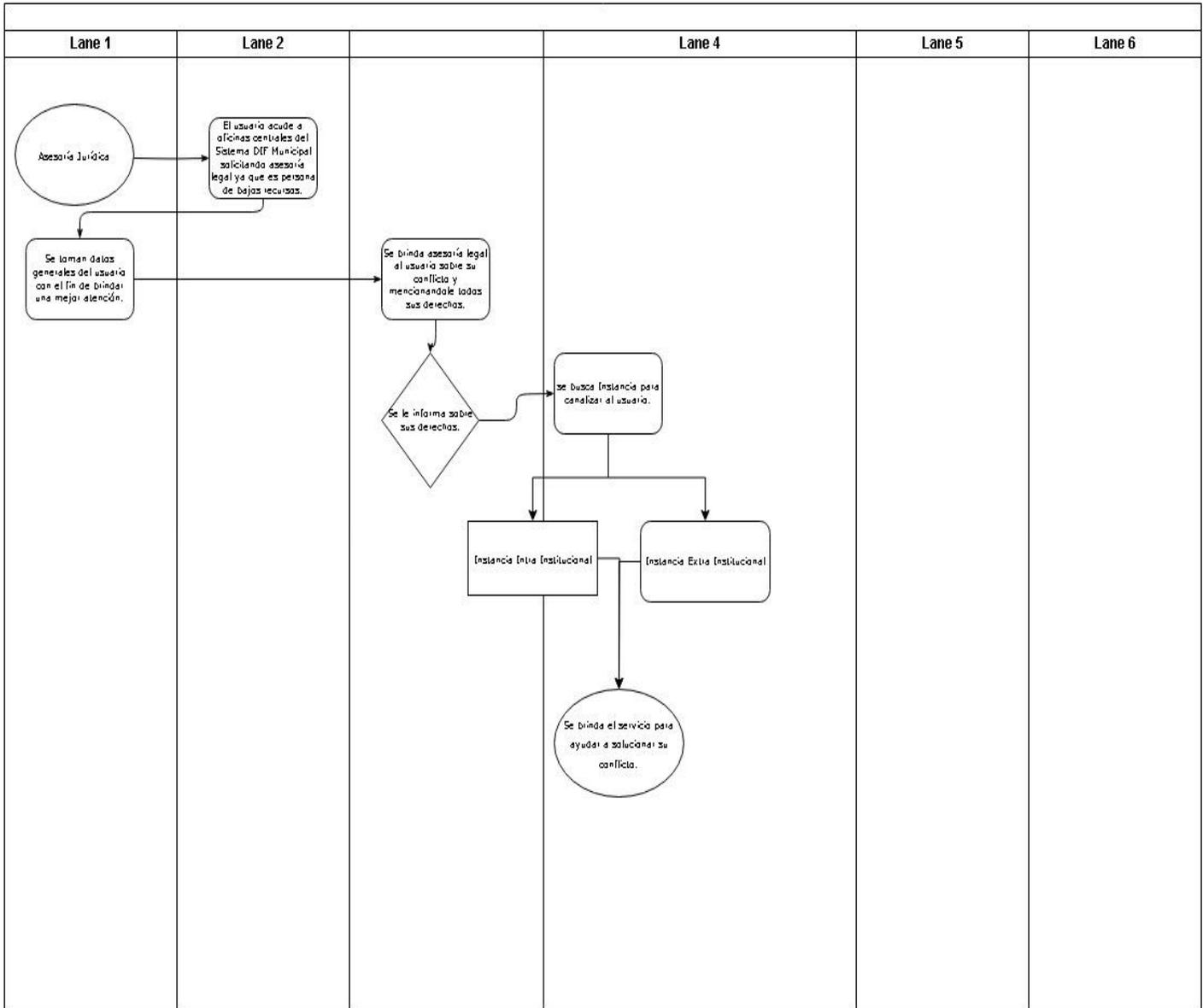
DEFINICIONES.

- Dirección Jurídica: Tendrá como objeto asesorar y difundir los Derechos Humanos de las personas en situación de violencia familiar para lograr el sano desarrollo de los individuos y la integración de las familias, atender aquellas poblaciones en situación vulnerable y contribuir a la resolución de sus necesidades, a efecto de que puedan ejercer libremente sus derechos y coadyuvar a su reintegración al seno familiar y social; así como prevenir y representar al Sistema DIF Municipal.
- Control de Audiencia: Formato en el cual se plasma información de las personas que solicitan una asesoría jurídica
- Oficios para jornadas de trabajo: Formato donde se informa a la Autoridad correspondiente de las jornadas de trabajo realizadas a favor de la comunidad por sentenciados
- Convenio de Voluntades: En este documento se escriben los acuerdos a los que llegan las partes de manera voluntaria, equitativa y respetuosa sin violentar los derechos de las personas

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|---------------------|--|----------------------|---|
| | Asesorías Jurídicas | | Fecha: 18/10/2023 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 1 | |
| Unidad Administrativa: Dirección Jurídica | | Área responsable: Asesor Jurídico | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | Asesor Jurídico | El usuario acude a las Oficinas del Sistema DIF Municipal a solicitar apoyo con asesoría jurídica ya que es persona de bajos recursos y no puede pagar un abogado de oficio. | N/A | |
| 2 | Asesor Jurídico | Se toman datos generales del usuario con el fin de brindar una mejor atención. | 1.7.1 | |
| 3 | Asesor Jurídico | Se brinda asesoría legal al usuario sobre el tema del conflicto. | 1.7.1 | |
| 4 | Asesor Jurídico | Se busca alternativa para saber si una dependencia del Sistema DIF puede apoyar a la solución. | N/A | |
| 5 | Asesor Jurídico | Se canaliza a la Instancia correspondiente para que le brinden apoyo de manera inmediata y resuelva su conflicto. | N/A | |

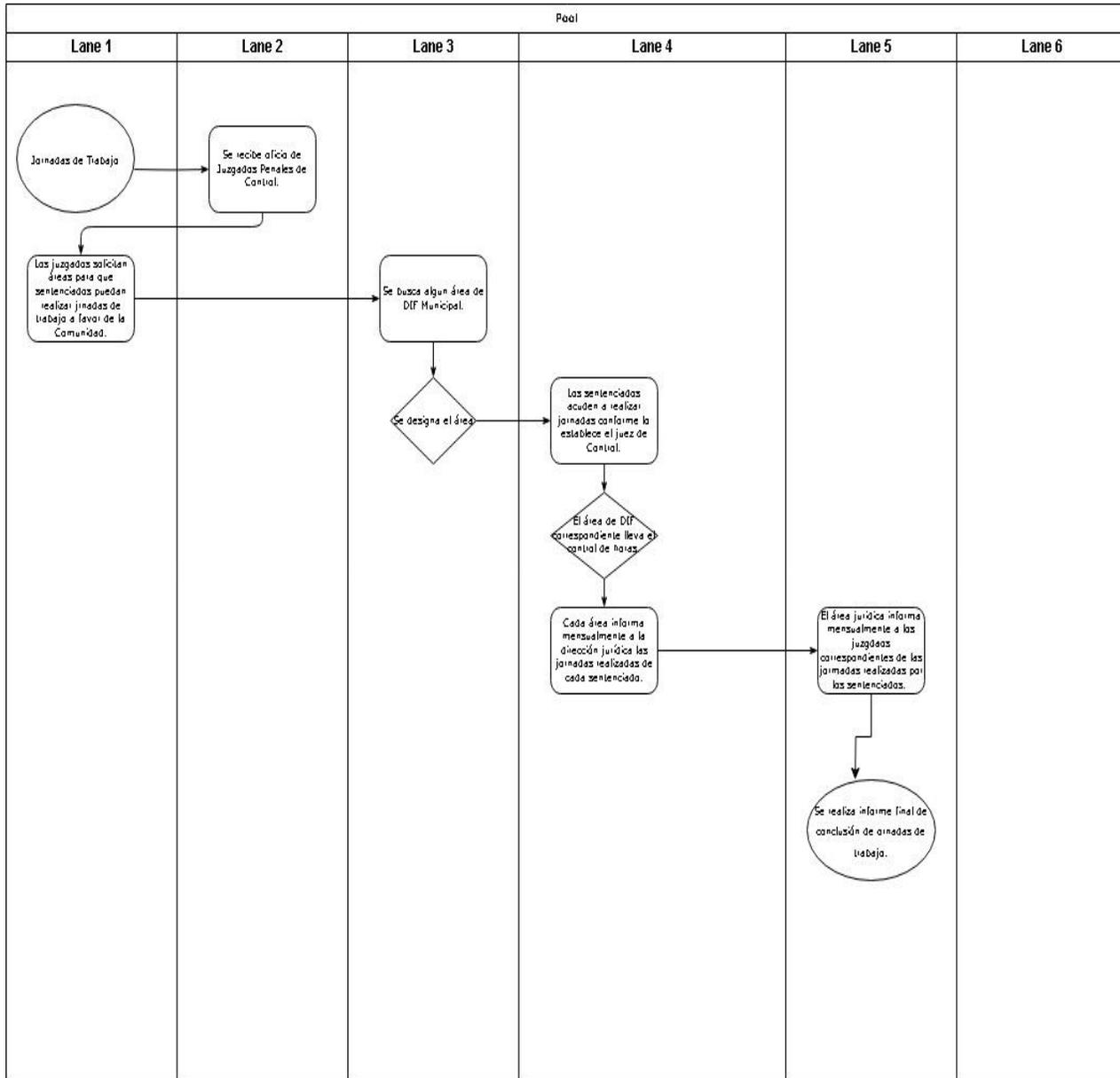
FLUJOGRAMA ASESORÍAS JURÍDICAS



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|---------------------|--|----------------------|---|
| | Jornadas de Trabajo | | Fecha: 18/10/2023 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 1 | |
| Unidad Administrativa: Dirección Jurídica | | Área responsable: Asesor Jurídico | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | Asesor Jurídico | Se recibe oficio de Juzgado de Control de Tulancingo de Bravo, Hidalgo; y Juzgados Penales de la Ciudad de Pachuca de Soto. | N/A | |
| 2 | Asesor Jurídico | Se busca la dependencia del Sistema DIF Municipal de Tulancingo de Bravo, Hgo; donde puede desempeñar sus jornadas de Trabajo a favor de la Comunidad. | N/A | |
| 3 | Asesor Jurídico | El área donde realiza jornadas de trabajo a favor de la comunidad el sentenciado lleva un formato para control de horas y actividades. | 1.7.2 | |
| 4 | Asesor Jurídico | Al final del mes al área del Sistema DIF Municipal de Tulancingo de Bravo, Hgo; informa al área jurídica del total de jornadas de trabajo realizadas por el sentenciado. | N/A | |
| 5 | Asesor Jurídico | Se realiza Oficio correspondiente al Juzgado para informar el total de jornadas realizadas por el sentenciado. | N/A | |
| 6 | Asesor Jurídico | Se informa al Juzgado de Control correspondiente el total de jornadas de trabajo realizadas por el sentenciado cada mes hasta concluir sus jornadas. | N/A | |

FLUJOGRAMA JORNADAS DE TRABAJO





Procedimiento

PR-DO-00

Mediación

Fecha:
18/10/2023

Versión: 1.0

Página: 1



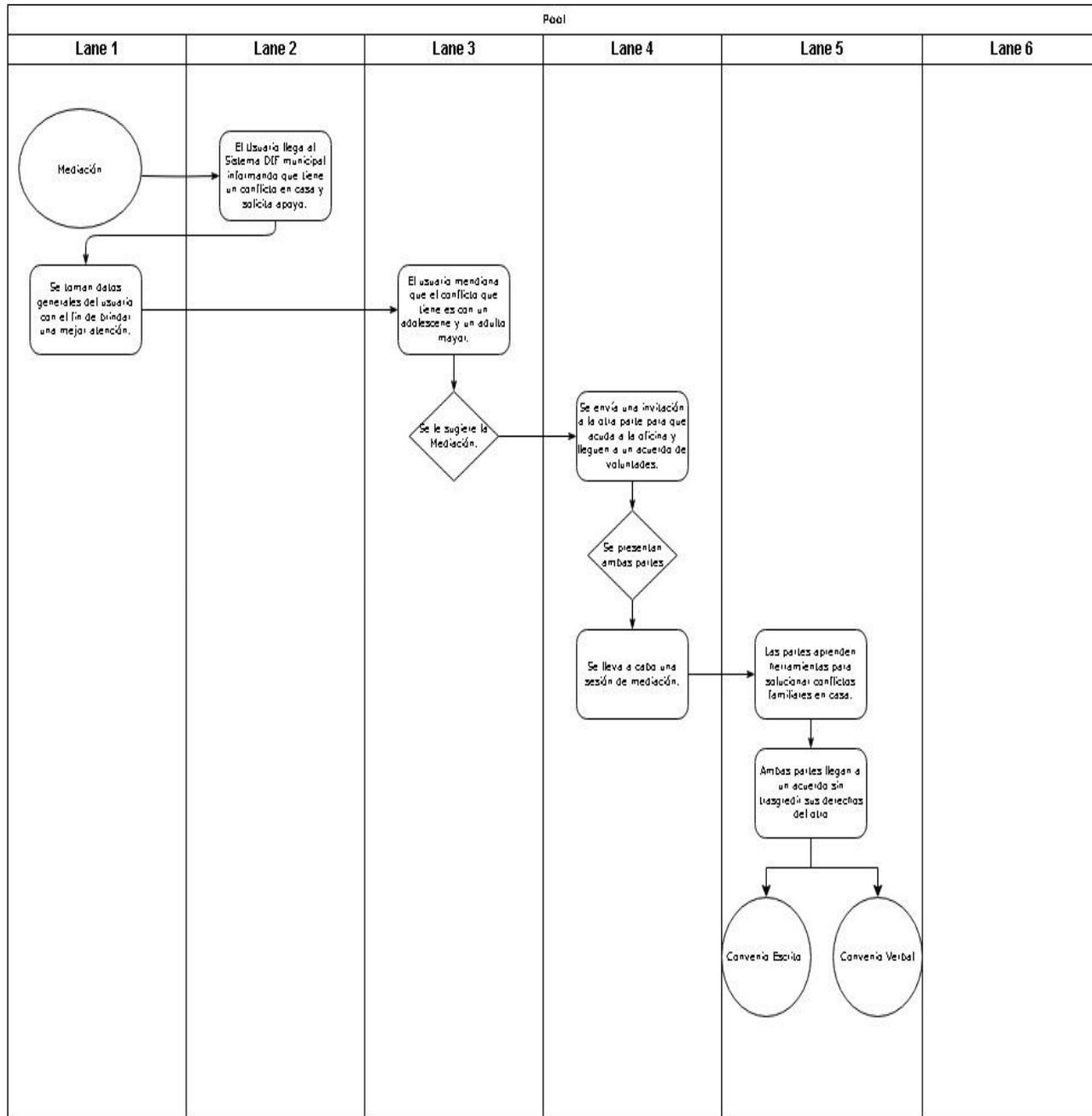
Unidad Administrativa: Dirección
Jurídica

Área responsable: Asesor Jurídico

Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|-------------|--------------------|---|-----------------------------|
| 1 | Asesor Jurídico | El usuario llega al Sistema DIF Municipal informando que tiene un conflicto en casa y solicita apoyo. | N/A |
| 2 | Asesor Jurídico | Se toman datos generales del usuario con el fin de brindar una mejor atención. | 1.7.1 |
| 3 | Asesor Jurídico | Se brinda asesoría legal al usuario sobre el tema del conflicto en casa con adolescentes o adultos mayores. | N/A |
| 4 | Asesor Jurídico | Se realiza una invitación a la otra parte con la que tiene el conflicto para que acuda a una mediación. | N/A |
| 5 | Asesor Jurídico | Si se presentan las partes interesadas en el conflicto se lleva a cabo una sesión de mediación. | N/A |
| 6 | Asesor Jurídico | Se firma un convenio donde se establecen los acuerdos a los que llegaron. | N/A |

FLUJOGRAMA MEDIACIÓN



ANEXOS.

ANEXO I: ASESORÍAS JURÍDICAS



PRESIDENCIA MUNICIPAL
TULANCINGO DE BRAVO, HGO.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA
CONTROL DE AUDIENCIA

| | |
|--------------|----------------|
| FOLIO: | Nº 0001 |
| Tra. VEZ. | |
| CONSECUTIVA: | |

| | | | |
|--------------|------------------|------------------|------------|
| FECHA: | | TELÉFONO: | |
| NOMBRE: | | | |
| | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
| DOMICILIO: | | | |
| DEPENDENCIA: | | | |
| | LOCALIDAD | | |

| ASUNTO (S) | |
|----------------|--|
| DESCRIPCIÓN: | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| OBSERVACIONES: | |
| | |
| | |
| | |

| ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INTRA INSTITUCIONAL ÓRGANO Y FUNCIONARIO A QUIEN SE TURNA | <input type="checkbox"/> EXTRA INSTITUCIONAL DEPENDENCIA U ORGANISMO Y FUNCIONARIO A QUIEN SE TURNA |
| | |
| | |
| | |

| FORMAS DE COMUNICACIÓN | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEMORANDO | <input type="checkbox"/> TELEFÓNICA | <input type="checkbox"/> PERSONAL | <input type="checkbox"/> OTRO |

Boulevard Nuevo San Nicolás s/n, Fracc. Nuevo San Nicolás 43640 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755-84-50 al 775 755-84-59

ANEXO II: CONTROL DE AUDIENCIA

| Identificador | Descripción |
|---------------|--|
| 1 parte | Marcar si la persona ya ha recibido asesoría anteriormente o es la primera vez. |
| 2 parte | Anotar fecha, número de teléfono y datos personales. |
| 3 parte | Descripción: escribir la problemática del usuario Observaciones. Respuesta que se le brinda |
| 4 parte | Marcar a que Institución Intra o Extra Institucional fue canalizada. |
| 5 parte | Medio por el cual recibió asesoría jurídica. |

ANEXO III: FORMATO DE REGISTRO DE JORNADAS DE TRABAJO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CONTROL DE ASISTENCIA, TRABAJOS A FAVOR DE LA COMUNIDAD
SENTENCIADO: _____ ÁREA: _____
MES _____

| FECHA | HORA DE ENTRADA | HORA DE SALIDA | ACTIVIDADES REALIZADAS | TOTAL, DE JORNADAS | FIRMA DEL SENTENCIADO |
|-------|-----------------|----------------|------------------------|--------------------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

FIRMA Y SELLO DE JEFE INMEDIATO

NOMBRE Y FIRMA DE SENTENCIADO

ANEXO IV: CONTROL DE JORNADAS DE TRABAJO

| Identificador | Descripción |
|---------------|---|
| 1 parte | Se escribe el nombre del sentenciado y el mes al q corresponde el reporte |
| 2 parte | Anotar fecha, Hora de entrada, Hora de salida, actividad que realizo durante su jornada de trabajo, total de horas y finalmente su firma de asistencia. |

Y05 ASISTENCIA SOCIAL

INTRODUCCIÓN.

El área de Asistencia Social del Sistema DIF Municipal de Tulancingo de Bravo Hgo, tiene el propósito de cumplir con el objetivo de brindar asistencia social a la población más vulnerable; a través de programas acordes y congruentes a la realidad que vive nuestro Municipio.

Este documento contiene la descripción de actividades que deben seguirse dentro del Área de Asistencia Social, 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 coordinación y evaluación.

OBJETIVO GENERAL.

Siendo uno de los objetivos principales del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, asistir y apoyar a los grupos más vulnerables que debido a la situación en que se encuentran, requieren de diversos apoyos con el objeto de mejorar sus necesidades y condiciones de vida, fue creada el área de Asistencia Social.

MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

- Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Ley de Asistencia Social del Estado de Hidalgo
- Plan municipal de desarrollo Tulancingo de Bravo 2016-2020
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de Hidalgo
- Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado y Municipios.
- Ley del Trabajo de los Servidores Públicos del Estado y Municipios, Supletoriamente la Ley Federal del Trabajo
- Ley Orgánica de la Administración Pública Municipal, Art. 123.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”.
- Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, Artículos 3, 4, 5, 6, 7 8, 9.
- Ley General de las personas con Discapacidad

- Decreto de Creación del “Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo” publicado el día 09 de octubre de 2023 en el periódico Oficial del Estado de Hidalgo.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo.

ATRIBUCIONES

El área de Asistencia Social se forma por siete componentes los cuales se mencionan a continuación:

- Apoyos (medicamento, estudios de laboratorio, gastos funerarios etc.)
- Proyectos productivos para personas con discapacidades diferentes
- Despensas mensuales a personas de la 3ra edad y personas con discapacidad.
- Apoyo de traslados a la ciudad de México a personas de bajos recursos que no puedan cubrir el costo de sus viáticos para acudir a consultas médicas a dicha ciudad.
- Apoyo de cobijas a la población vulnerable.
- Ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastones, andaderas) las cuales son otorgadas a personas con discapacidad.
- Gestión de jornadas médicas de diferentes especialidades ante DIF Estatal y a la administración de patrimonio social.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES.

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ENTREGA DE APOYOS.

|  | | PROCEDIMIENTO 1 | FECHA |
|---|--|---|---|
| | | APOYOS | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA | | ASISTENCIA SOCIAL | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | BENEFICIARIO | ENTREGA SOLICITUD Y DOCUMENTACION DE APOYO REQUERIDO | RECETA U ORDEN MEDICA INE CURP COMPROBANTE DE DOMICILIO |
| 2 | AREA DE ASISTENCIA SOCIAL | SE COTIZA EL APOYO SOLICITADO POR EL USUARIO | RECETA U ORDEN MEDICA |
| 3 | DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS | SE PASA EL EXPEDIENTE A DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS PARA QUE SEA AUTORIZADO | EXPECIENTE DEL SOLICITANTE |
| 4 | AREA DE ASISTENCIA SOCIAL | SE REALIZA EL APOYO QUE SE VA A BRINDAR AL USUARIO | EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO |
| 5 | DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS | UNA VEZ DADO EL APOYO SOLICITADO SE PASA A LA DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZASA PÁRA QUE SE REALCE EL PAGO AL PROVEEDOR | EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO |
| 6 | AREA DE ASISTENCIA SOCIAL | UNA VEZ HECHA LA TRANSFERENCIA SE ENVIA EL PAGO AL PROVEEDOR PARA SOLICITAR LA FACTURA DEL APOYO BRINDADO, ASI MISMO SE REALIZA UNA COMPROBACION DEL GASTO REALIZADO. | EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO |
| 7 | DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS | SE ENTREGA COMPROBACION DEL GASTO A LA DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS | EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO |
| FIN DEL PROCESO | | | |

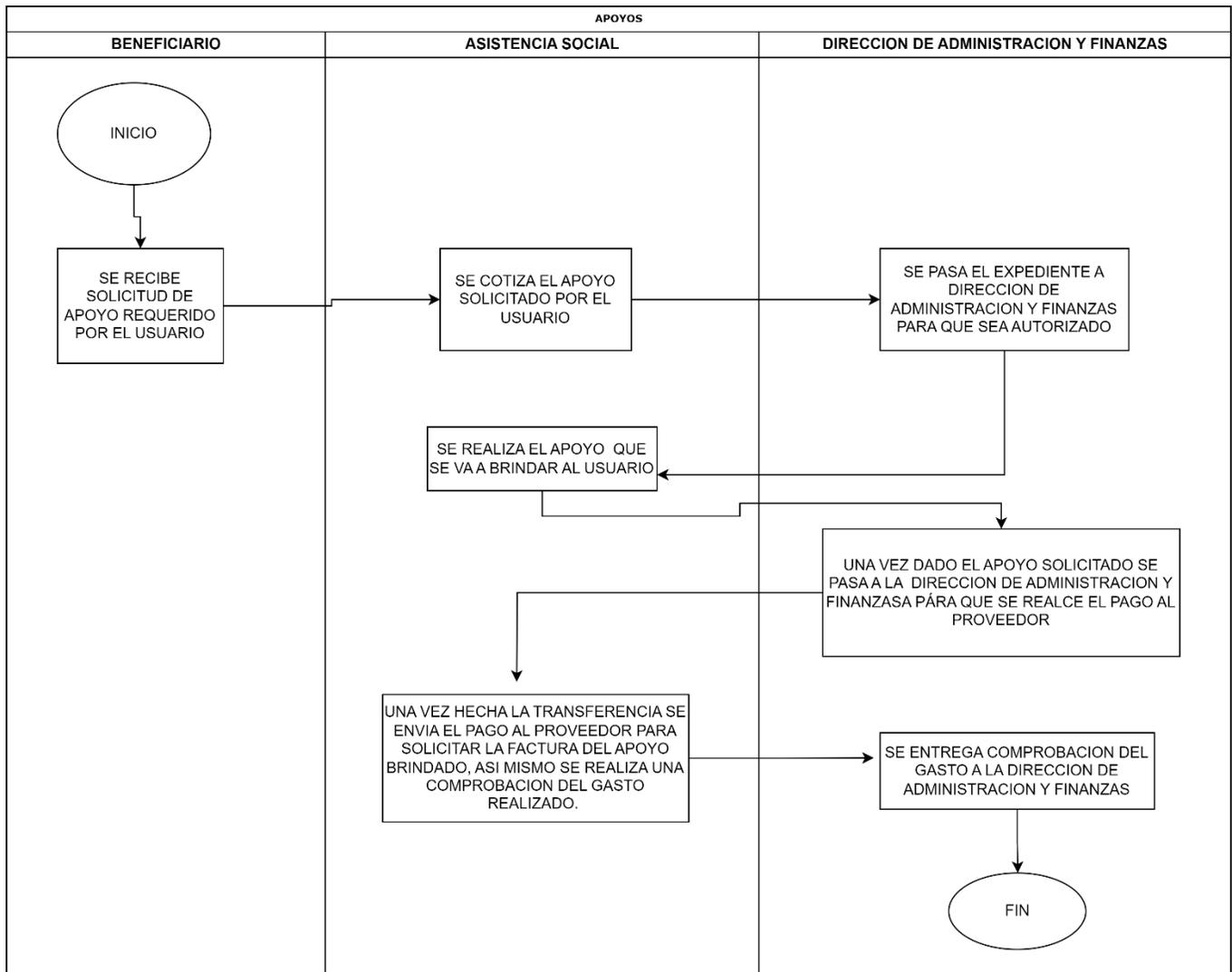


DIAGRAMA DE FLUJO DE SOLICITUD DE PROYECTO PRODUCTIVO

|  | | PROCEDIMIENTO 2 | FECHA |
|---|---|---|---|
| | | PROYECTO PRODUCTIVO | 12/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | ASISTENCIA SOCIAL | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | SOLICITANTE | SOLICITUD DE PROYECTO PRODUCTIVO | DOCUMENTACIÓN OFICIAL VIGENTE DEL SOLICITANTE |
| 2 | PERSONAL DEL AREA DE ASISTENCIA SOCIAL | SE BRINDA INFORMACION SOBRE COMO SE LLEVA ACABO EL PROCESO Y SE TURNA AL AREA CORRESPONDIENTE EN EL CRIH ESTAL AL AREA DE " HACIA UNA VIDA MEJOR " | NO APLICA |
| 3 | CRIH HIDALGO AREA " HACIA UNA VIDA MEJOR " | RECEPCIONAN LA DOCUMENTACION DEL USUARIO, ASI MISMO REALIZAN UN EXPEDIENTE PARA VER SI ES O NO CANDIDATO AL PROYECTO SOLICITADO. | EXPEDIENTE SOLICITANTE |
| 4 | PERSONAL DEL AREA DE ASISTENCIA SOCIAL | UNA VEZ REALIZADO EL EXPEDIENTE ACUDE EL SOLICITANTE AL AREA DE ASISTENCIA SOCIAL PARA QUE SE LE REALICE UN ESTUDIO SOCIOECONOMICO. | EXPEDIENTE SOLICITANTE |
| 5 | SOLICITANTE | EL USUARIO DEBE LLEVAR EL ESTUDIO SOCIOECONOMICO AL CRIH PARA QUE ESTE SEA INTEGRADO A SU EXPEDIENTE | EXPEDIENTE SOLICITANTE |
| 6 | CRIH HIDALGO AREA " HACIA UNA VIDA MEJOR " | INEGRAN EL ESTUDIO SOCIOECONOMICO AL EXPEDIENTE DEL SOLICITANTE, HE INFORMAN EL TIEMPO APROXIMADO DE ENTREGA QUE OSILA ENTRE LOS OCHO Y NUEVE MESES Y EN CASO DE SER BENEFICIADO, INFORMAN AL | EXPEDIENTE SOLICITANTE |

| | | | |
|------------------------|--|---|-----------|
| | | AREA DE ASISTENCIA SOCIAL PARA QUE EL PERSONAL INFORME AL BENEFICIARIO. | |
| 7 | PERSONAL DEL AREA DE ASISTENCIA SOCIAL | ACUDE A LA CIUDAD DE PACHUCA CON EL BENEFICIARIO PARA QUE ESTE RECIBA SU PROYECTO PRODUCTIVO. | NO APLICA |
| Fin del Proceso | | | |

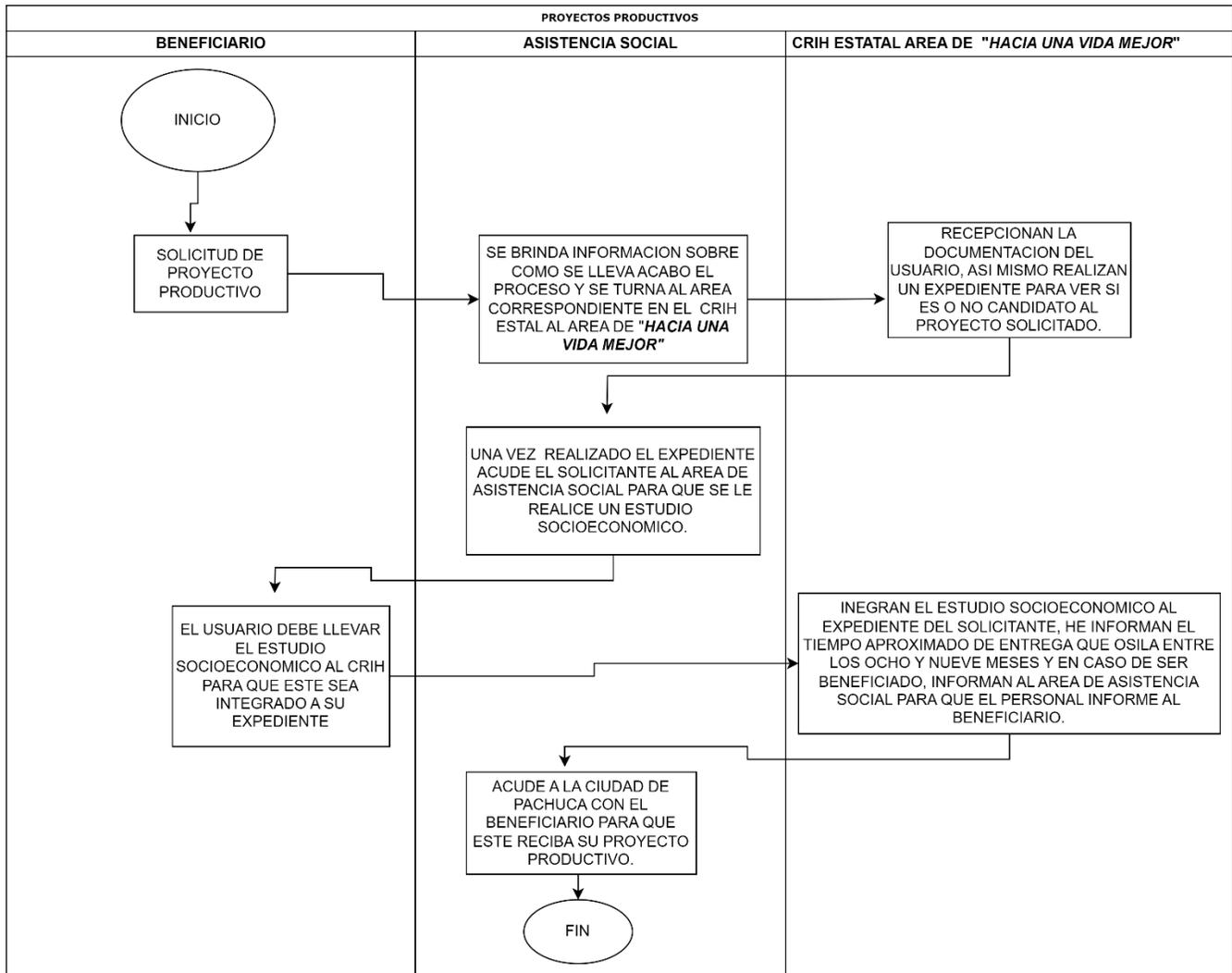
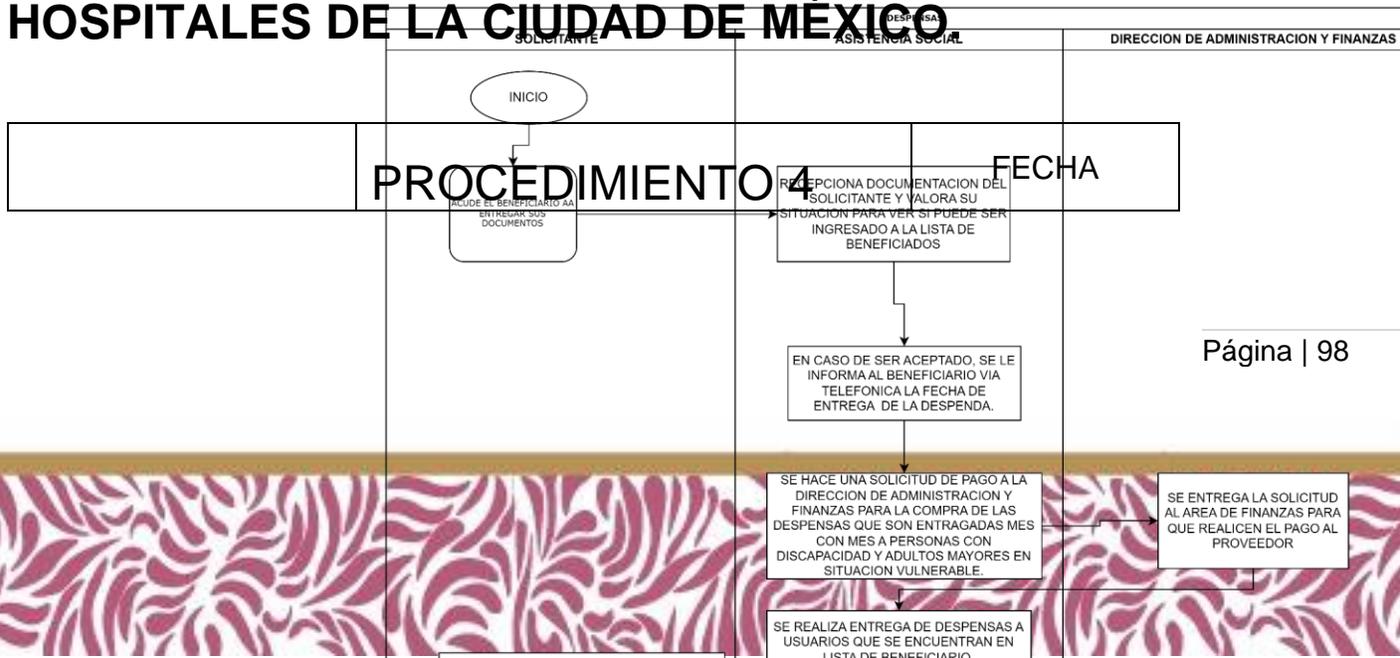


DIAGRAMA DE FLUJO PARA TRAMITE DE DESPENSAS.

| | | |
|---|-----------------------------|------------|
|  | PROCEDIMIENTO 3 | FECHA |
| | TRAMITE DE DESPENSAS | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | ASISTENCIA SOCIAL | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | |

| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
|-----------------|------------------------------------|---|----------------------------------|
| 1 | SOLICITANTE | ACUDE EL BENEFICIARIO A ENTREGAR SUS DOCUMENTOS | DOCUMENTOS OFICIALES VIGENTES |
| 2 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | RECEPCIONA DOCUMENTACION DEL SOLICITANTE Y VALORA SU SITUACION PARA VER SI PUEDE SER INGRESADO A LA LISTA DE BENEFICIADOS | DOCUMENTOS OFICIALES VIGENTES |
| 3 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | EN CASO DE SER ACEPTADO, SE LE INFORMA AL BENEFICIARIO VIA TELEFONICA LA FECHA DE ENTREGA DE LA DESPENSA. | NO APLICA |
| 4 | DIRECCION ADMINISTRACION Y FINANZA | SE HACE UNA SOLICITUD DE PAGO A LA DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS PARA LA COMPRA DE LAS DESPENSAS QUE SON ENTRAGADAS MES CON MES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES EN SITUACION VULNERABLE. | SOLICITUD DE PAGO |
| 5 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | SE ENTREGA LA SOLICITUD AL AREA DE FINANZAS PARA QUE REALICEN EL PAGO AL PROVEEDOR | SOLICITUD DE PAGO |
| 6 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | SE REALIZA ENTREGA DE DESPENSAS A USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN EN LISTA DE BENEFICIARIO. | NO APLICA |
| 7 | SOLICITANTE | RECIBE DESPENSA Y FIRMA UN RECIBO DE COMPROBACION | RECIBO DE DESPENSA |
| 8 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | SE REALIZA COMPROBACION CON LOS RECIBO E IDENTIFICACIONES DE LOS BENEFICIARIOS | RECIBOS Y FOTOS DE BENEFICIARIOS |
| 9 | DIRECCION ADMINISTRACION Y FINANZA | SE ENTREGA LA COMPROBACION AL AREA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS | RECIBOS Y FOTOS DE BENEFICIARIOS |
| FIN DEL PROCESO | | | |

DIAGRAMA DE FLUJO PARA TRASLADOS A HOSPITALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO





TRASLADOS A HOSPITALES A LA CIUDAD DE MÉXICO

14/12/2023

UNIDAD ADMINISTRATIVA: ASISTENCIA SOCIAL

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
|------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|
| 1 | USUARIO | EL USUARIO AGENDA SU CITA YA SEA VIA TELEFONICA O DE MANERA PRESENCIAL A HOSPITALES DE ESPECIALIDAD DE 3ER NIVEL DE LA CDMEX. | AGENDA DE TRASLADOS |
| 2 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | SE REGISTRAN LA CITA EN LA BITACORA DE TRASLADOS | AGENDA DE TRASLADOS |
| 3 | USUARIO | ACUDEN AL AREA DE ASISTENCIA SOCIAL A CUBRIR LA CUOTA DE RECUPERACION DE SU TRASLADO | RECIBO DE COBRO |
| 4 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | REALIZA EL COBRO Y ENTREGA UN RECIBO AL USUARIO | RECIBO DE COBRO |
| 5 | USUARIO | ENTREGA EL RECIBO AL OPERADOR DE LA UNIDAD, QUE LOS LLEVARA A LOS HOSPITALES DE LA CDMEX. | RECIBO DE COBRO |
| 6 | PERSONAL DE ASISTENCIA SOCIAL | ENTREGA UNA COMPROBACION, DE LOS RECIBOS COBRADOS ASI COMO UNA LISTA DE LOS USUARIOS QUE ACUDIERON A CONSULTAS | RECIBOS Y FORMATOS DE INGRESOS |
| 7 | DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN | RECIBEN INGRESOS DE LOS TRASLADOS COBRADOS | RECIBOS Y FORMATOS DE INGRESOS |
| FIN DEL PROCESO | | | |

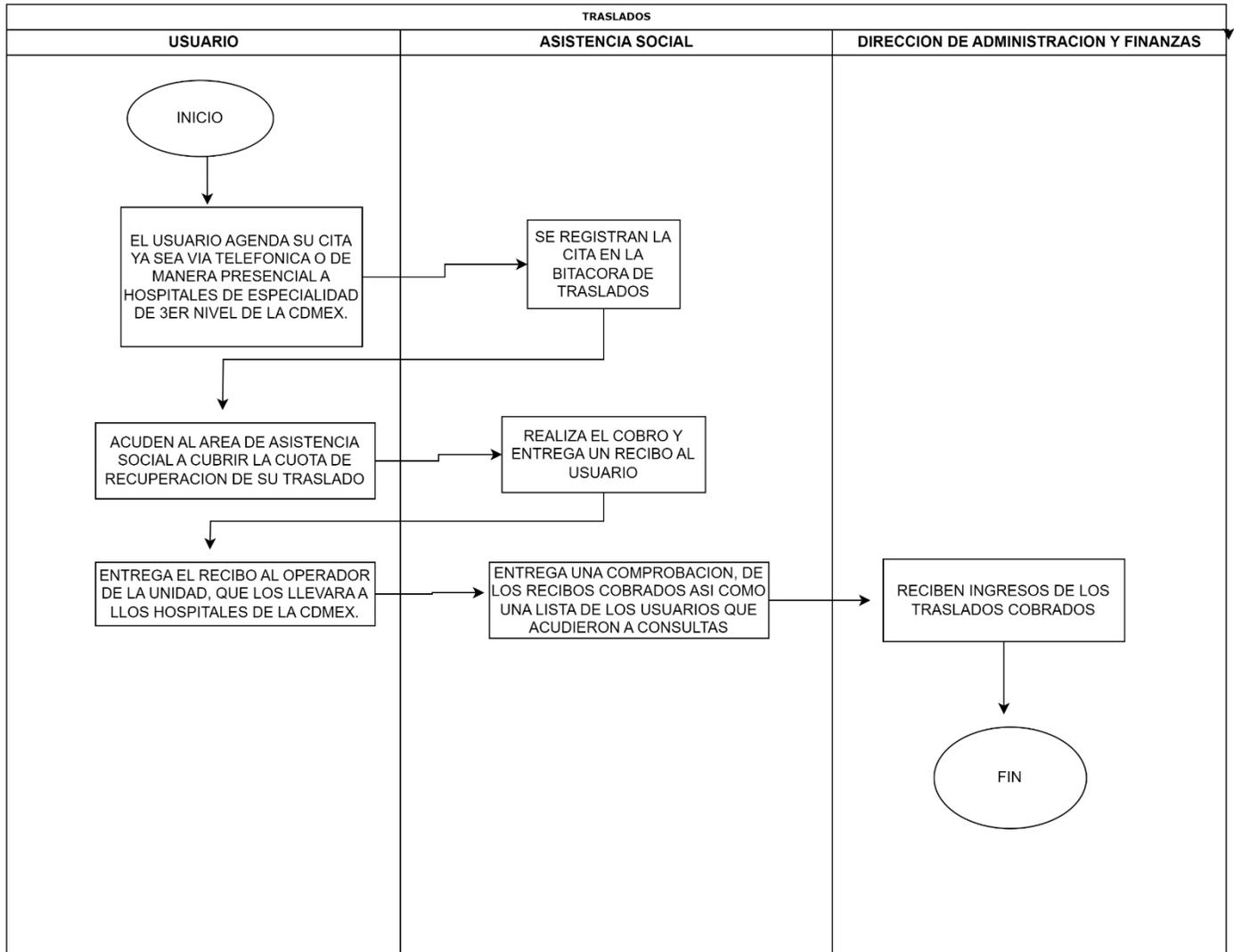
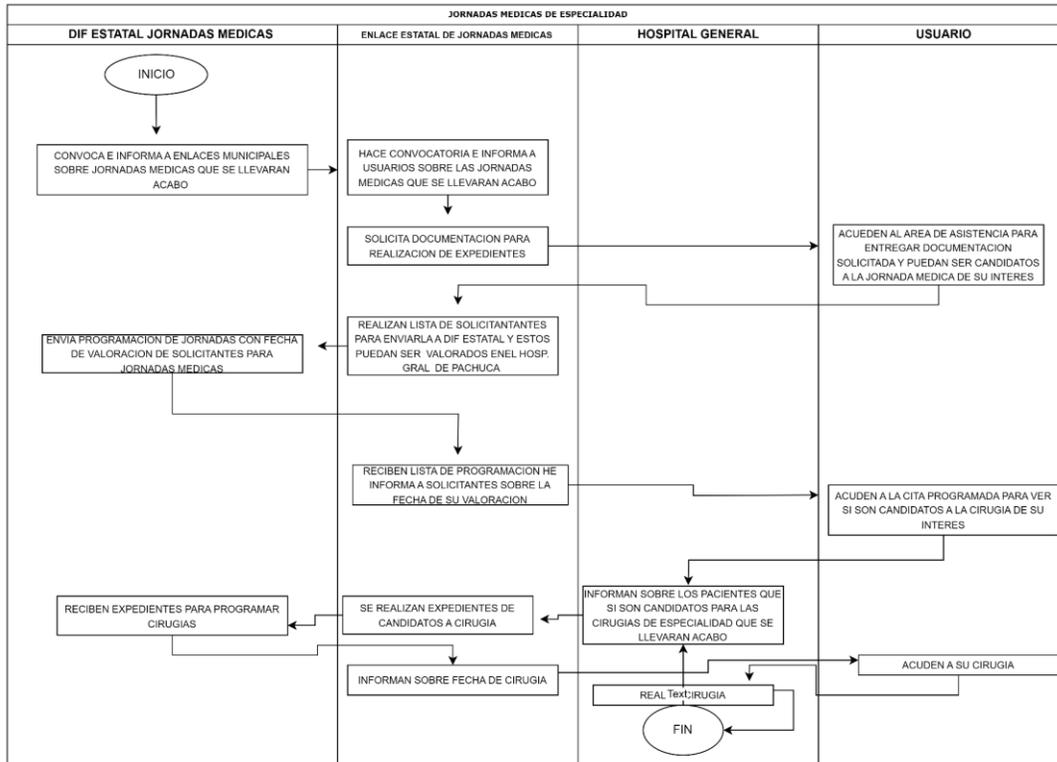


DIAGRAMA DE FLUJO JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD.

|  | | PROCEDIMIENTO 5 | | FECHA |
|---|--|--|---|------------|
| | | JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | | 14/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | ASISTENCIA SOCIAL | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO | |
| 1 | DIF ESTATAL AREA DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | CONVOCA E INFORMA A ENLACES MUNICIPALES SOBRE JORNADAS MEDICAS QUE SE LLEVARAN ACABO | NO APLICA | |
| 2 | ENLACE ESTATAL DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | HACE CONVOCATORIA E INFORMA A USUARIOS SOBRE LAS JORNADAS MEDICAS QUE SE LLEVARAN ACABO | NO APLICA | |
| 3 | ENLACE ESTATAL DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | SOLICITA DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE EXPEDIENTES | DOCUMENTACION OFICIAL VIGENTE DEL SOLICITANTE | |
| 4 | USUARIO | ACUEDEN AL AREA DE ASISTENCIA PARA ENTREGAR DOCUMENTACION SOLICITADA Y PUEDAN SER CANDIDATOS A LA JORNADA MEDICA DE SU INTERES | DOCUMENTACION OFICIAL VIGENTE DEL SOLICITANTE | |
| 5 | ENLACE ESTATAL DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | REALIZAN LISTA DE SOLICITANTES PARA ENVIARLA A DIF ESTATAL Y ESTOS PUEDAN SER VALORADOS EN EL HOSP. GRAL DE PACHUCA | LISTA DE SOLICITANTES Y PREVALORACIONES | |
| 6 | DIF ESTATAL AREA DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | ENVIA PROGRAMACION DE JORNADAS CON FECHA DE VALORACION DE SOLICITANTES PARA JORNADAS MEDICAS | LISTA DE SOLICITANTES Y PREVALORACIONES | |
| 7 | ENLACE ESTATAL DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | RECIBEN LISTA DE PROGRAMACION HE INFORMA A SOLICITANTES SOBRE LA FECHA DE SU VALORACION | LISTA DE SOLICITANTES Y PREVALORACIONES | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| 8 | USUARIO | ACUDEN A LA CITA PROGRAMADA PARA VER SI SON CANDIDATOS A LA CIRUGIA DE SU INTERES | LISTA DE SOLICITANTES Y PREVALORACIONES |
| 9 | HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA | INFORMAN SOBRE LOS PACIENTES QUE SI SON CANDIDATOS PARA LAS CIRUGIAS DE ESPECIALIDAD QUE SE LLEVARAN ACABO | LISTA DE PREVALORACIONES |
| 10 | ENLACE ESTATAL DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | SE REALIZAN EXPEDIENTES DE CANDIDATOS A CIRUGIA | EXPEDIENTES CON FORMATOS QUE ENVIA DIF ESTATAL |
| 11 | DIF ESTATAL AREA DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | RECIBEN EXPEDIENTES PARA PROGRAMAR CIRUGIAS | EXPEDIENTES CON FORMATOS QUE ENVIA DIF ESTATAL |
| 12 | ENLACE ESTATAL DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD | INFORMAN SOBRE FECHA DE CIRUGIA | LISTA DE CIRUGIAS EXTRAMUROS |
| 13 | USUARIO | ACUDEN A SU CIRUGIA | LISTA DE CIRUGIAS EXTRAMUROS |
| 14 | HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA | REALIZA CIRUGIA | LISTA DE CIRUGIA POS QUIRURGICA Y ENCUESTA DE SATISFACCION |
| FIN DEL PROCESO | | | |



ANEXOS

ANEXO I ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO

FECHA DE ELABORACION _____

CLASIFICACION:

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

| | | | | | |
|--|--|-------------------|--------------------------|---------|-----------|
| APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) | | | CALLE # EXT. # INT. | COLONIA | LOCALIDAD |
| MUNICIPIO | ESTADO | CP | REFERENCIA DEL DOMICILIO | | |
| SEXO (8) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL | NIVEL DE ESTUDIOS | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA) | AÑOS CUMPLIDOS DE EDAD | OCUPACIÓN ACTUAL | | | |

YA QUE DEPENDE DE SUS HERMANOS

TIPO DE APOYO QUE SOLICITA

| | |
|---|---------------------------------------|
| RECIBE ATENCIÓN MÉDICA (21) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | INSTITUCIÓN MÉDICA (22) _____ |
| SEGURIDAD SOCIAL (23) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL _____ |

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

| | | | | | |
|--|--------|----|---------------------|---|------------|
| APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) | | | CALLE # EXT. # INT. | COLONIA | LOCALIDAD |
| MUNICIPIO | ESTADO | CP | TELÉFONO | SEXO (30) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | EDAD _____ |
| PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO | | | OCUPACIÓN | | |



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TULANCINGO, HIDALGO
ESTUDIO SOCIOECONOMICO

CONSTITUCIÓN FAMILIAR DEL BENEFICIARIO

| APPELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|--|------|------------|-------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DEPENDIENTES ECONÓMICOS: _____

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES _____

PROPIEDADES DIVERSAS _____

TIPO DE VIVIENDA _____

CARACTERÍSTICAS _____

PLAN SOCIAL _____

RECIBE APOYO DE: _____

BÁSICAS _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

C. SOLICITANTE

L.T.S ANA LILIA BENITEZ RODRIGUEZ

ANEXO II SOLICITUD DE APOYO

TULANCINGO DE BRAVO, HGO A XX DE ENERO XXXX

**LIC. JUANA CRUZ ISLAS
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL
DE TULANCINGO DE BRAVO HGO.**

POR MEDIO DEL PRESENTE SOLICITO DE SER POSIBLE UN APOYO PARA LA COMPRA DE _____ QUE REQUIERO YA QUE NO CUENTO CON RECURSOS PARA CUBRIR EL COSTO TOTAL MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO DE SU INVALUABLE APOYO.

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO Y ESPERA DE VERME FAVORECIDO, QUEDO DE USTED.

ATENTAMENTE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO

ANEXO III RECIBO DE TRASLADOS

| | |
|---|---|
|  RECIBO DE TRASLADO |  RECIBO DE TRASLADO |
| NOMBRE: _____ | FECHA DE SALIDA: _____ |
| FECHA DE SALIDA: _____ | NOMBRE: _____ |
| MÉXICO: _____ | MÉXICO: _____ |
| OTRO: _____ | DONATIVO: _____ |
| FOLIO N° 2648 | FOLIO N° 2648 |



ANEXO IV LISTAS DE JORNADAS MEDICAS DE ESPECIALIDAD

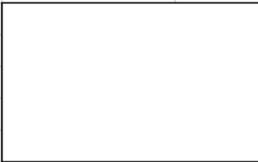
Sistema DIF Hidalgo
 Dirección General de Asistencia Social
 Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable



Jornadas Médicas de Subespecialidad

DASJMSMIR-24-03

| |
|-----------------|
| Fecha: |
| Municipio: |
| Responsable: |
| Jornada Medica: |



SELLO MUNICIPIO

Registró De Solicitantes

| FOLIO | CURP | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE | APOYO SOLICITADO | SEXO | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO DIA/MES/AÑO | DIRECCIÓN | COLONIA | Codigo Postal | TELEFONO DE CASA Y/O CELULAR | FIRMA DEL BENEFICIARIO O FAMILIAR |
|-------|------|------------------|------------------|--------|------------------|------|--------------|---------------------------------|-----------|---------|---------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |

Sistema DIF Hidalgo
 Dirección General de Asistencia Social
 Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable



Jornadas Médicas de Subespecialidad

DASJMSMIR-24-03

| |
|-----------------|
| Fecha: |
| Municipio: |
| Responsable: |
| Jornada Medica: |



SELLO MUNICIPIO

Prevaloraciones Médicas Para Cirugías Realizadas

| FOLIO | CURP | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE | APOYO SOLICITADO | SEXO | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO DIA/MES/AÑO | DIRECCIÓN | COLONIA | Codigo Postal | TELEFONO DE CASA Y/O CELULAR | FIRMA DEL BENEFICIARIO O FAMILIAR |
|-------|------|------------------|------------------|--------|------------------|------|--------------|---------------------------------|-----------|---------|---------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO V: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO



Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Médicas de Subespecialidad
Encuesta de Satisfacción del Beneficiario
DASJMSMIR-24-03

Jornadas

Nombre Completo: _____ **Teléfono:** _____

Jornada Médica en la que fue beneficiado: _____ **ID SIEB:** _____

SEXO: M ___ F ___ **Fecha** _____ **Municipio** _____ **Edad:** _____

Instrucciones: Por favor marque con una X la respuesta que considere correcta.

| CUESTIONARIO | MUY MAL: 0 | MAL: 1 | REGULAR: 2 | BIEN: 3 | MUY BIEN: 4 |
|---|-------------------|---------------|-------------------|----------------|--------------------|
| 1.- El Trato y amabilidad del personal de DIF Municipal con usted ha sido | | | | | |
| 2.- Como considere el trato y amabilidad del personal de DIF Hidalgo | | | | | |
| 3.- Como fue la disposición del personal Médico | | | | | |
| 4.- La claridad de la información brindada acerca del proceso de la Jornada ha sido | | | | | |
| 5.- Como Considera la facilidad para realizar su trámite | | | | | |
| 6.- como ha sido tiempo de espera para recibir el servicio | | | | | |
| 7.- El modo en el que se informó su estado de salud ha sido | | | | | |
| 8.- La limpieza e higiene dentro de las instalaciones ha sido | | | | | |
| 9.- ¿Cómo se sintió con la atención recibida durante el proceso de la Jornada? | | | | | |

¿Recomendarías asistir a las Jornadas Médicas a otras personas? SI _____ NO _____

¿Desea hacer algún comentario? _____

Calificación por niveles de satisfacción:

| | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|
| Muy Malo: 0 a 8 puntos | Mal: 9 a 13 puntos | Regular: 14 a 25 puntos | Bien: 26 a 31 puntos | Muy bien: 32 a 36 puntos |
|------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|

Firma y/o huella del Beneficiario

Sello del Municipio

ANEXO VI: FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONOMICO PROYECTOS PRODUCTIVOS "HACIA UNA VIDA MEJOR"



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO MODELO PARA SER APLICADO EN EL PROYECTO DE:
"HACIA UNA VIDA MEJOR"

CLAVE: DIF-ESM-HAUVIME-01
 No. de versión: 1
 01/01/2023
 Página: 1 de 2

[1] FECHA DE ELABORACIÓN 08/01/24
DD/MM/AA

[2] CONSECUTIVO DIARIO

[3] CLASIFICACIÓN **C**

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

[4] APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE [5]

DOMICILIO

[6] MUNICIPIO ESTADO CP

[7] REFERENCIA DEL DOMICILIO

[8] GENERO F H [9] ESTADO CIVIL S C V D UL

[10] NIVEL DE ESTUDIOS 0

[12] FECHA DE NACIMIENTO [DD/MM/AA] [13] AÑOS Y MESES CUMPLIDOS DE EDAD

[14] OCUPACIÓN ACTUAL 0

Página 1

[17] TIPO DE PROYECTO PRODUCTIVO QUE SOLICITA

PRIMERA VEZ [18] SUBSECUENTE [19] ESTADO DEL BENEFICIARIO 4

[21] RECIBE ATENCIÓN MÉDICA SI NO [22] INSTITUCIÓN MÉDICA

SEGURIDAD SOCIAL SI NO [23] INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

[25] 0

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

[26] APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE [5]

[27] CALLE # EXT. # INT. COLONIA LOCALIDAD

[28] MUNICIPIO ESTADO CP

[29] TELÉFONO [30] GENERO F H [31] EDAD

[32] PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO

[33] OCUPACIÓN

Se pone a su disposición el "Formulario del estado socioeconómico" para manifestar en original, para los casos de finalidades y transferencias de sus datos personales, que requiere su consentimiento como titular y que se conservará en el apartado que corresponde, en caso de la solicitud de transferencia al finar el caso.

Y06 ASISTENCIA ALIMENTARIA

INTRODUCCIÓN.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Municipal de Tulancingo tiene como gran labor estar en la búsqueda de la permanente equidad y calidad de vida de la población Tulancinguense, que se encuentra en un estado de marginalidad y vulnerabilidad social, para lograrlo se apoya de estrategias que ayuden a lograr este cometido.

El manual de organización constituye un instrumento de apoyo al proceso de los Programas Alimentarios del área de Asistencia Alimentaria del Sistema DIF Municipal que proporciona información sobre la estructura orgánica, atribuciones, objetivos y funciones que realizan cada uno de los Programas Alimentarios. Dentro de las facultades que tiene encomendadas la Dirección de Asistencia Alimentaria coadyuvar la entrega de las raciones alimenticias de forma sana y balanceada para la población infantil preescolar y escolar con desnutrición o en riesgo. Fomentar un cambio de hábitos de alimentación y salud a la población escolar y familiar beneficiada, además de otorgar apoyos alimentarios a personas con discapacidad y adultos mayores. Todo esto con los programas Desayuno Escolar Frio, Desayuno Escolar Caliente, Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo, Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria Adultos Mayores, Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria Personas con Discapacidad y Orientación Alimentaria. La presente guía, la cual incluye los lineamientos y aspectos metodológicos de los programas alimentarios.

OBJETIVO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Coadyuvar a disminuir o prevenir la desnutrición, obesidad o sobre peso en niñas, niños y adultos mayores mediante la promoción y fomento de programas alimentarios a fin la asistencia social e las personas más vulnerables.

MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

Derivado del decreto número cincuenta y dos porque se regulan, las atribuciones, facultades, obligaciones, gobierno, administración, representación y estructura orgánica del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

Publicado en el Periódico Oficial del Estado Hidalgo el 09 de octubre de 2023.

ATRIBUCIONES

Derivado del decreto número cincuenta y dos porque se regulan, las atribuciones, facultades, obligaciones, gobierno, administración, representación y estructura orgánica del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

Publicado en el Periódico Oficial del Estado Hidalgo el 09 de octubre de 2023.

CAPÍTULO V

DE LA DIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

Artículo 17.- La Dirección de Asistencia Alimentaria tendrá las siguientes facultades y obligaciones: Será la dirección encargada de impulsar proyectos de asistencia social con la participación de los habitantes de comunidades marginadas a fin de lograr el desarrollo familiar y comunitario en el Municipio de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, así como organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de las áreas administrativas y operativas.

I.- Coordinar la entrega de las raciones alimenticias de forma sana y balanceada para la población infantil preescolar y escolar con desnutrición o en riesgo;

II.- Promover la instalación y funcionamiento de desayunadores comunitarios;

III.- Operar las cafeterías sin fines lucrativos, con el objetivo de brindar apoyos asistenciales;

IV.- Fomentar un cambio de hábitos de alimentación y salud a la población escolar y familiar beneficiada; y

V.- Otorgar apoyos alimentarios a personas con discapacidad y adultos mayores.

Esta dependencia contará con una directora o director, que se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos que se describen en el presente artículo.

DEFINICIONES

- **Alimentación:** Conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos, relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio de nutrientes que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas, socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.
- **Asistencia Social alimentaria:** Acción de proporcionar a grupos de riesgo y a grupos vulnerables ayuda alimentaria directa, orientación alimentaria, promoción de la salud y vigilancia de la nutrición, para contribuir a mejorar las circunstancias por las que atraviesa esta población.
- **Beneficiarios:** Población a la que van dirigidas los programas y apoyos de Asistencia Social.
- **Capacitación:** Proceso de formación destinado a promover, facilitar, fomentar y desarrollar las aptitudes, habilidades o conocimiento de las personas, con el fin de permitirles mejorar oportunidades y condiciones de vida.
- **Comité:** Grupo de personas con representación de la comunidad o grupo organizados para participar en los programas de los que son beneficiados.
- **Desnutrición:** Al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos o por una alteración en su utilización por las cédulas del organismo.
- **Dotación Alimentaria:** Para efectos de este documento, se refiere al paquete conformado por insumos que forman parte de la cultura alimentaria de los beneficiarios, de acuerdo con los criterios de calidad nutricional y que contribuyen a promover una alimentación correcta.
- **Focalización:** Es asegurar que los beneficios de las acciones lleguen a las familias que más lo requieren las intervenciones públicas, para concentrar la atención sobre un determinado problema.
- **Obesidad:** Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.
- **Orientación y Educación Alimentaria:** Conjunto de acciones enfocadas en transmitir nuevos conocimientos, así como reforzar aquellas prácticas que realiza la comunidad, a través de diferentes actividades que motiven a tener actitudes saludables.
- **Ración alimentaria:** Para efectos de este documento, se refiere al platillo preparado que se ofrece en los espacios de alimentación.

SIGLAS

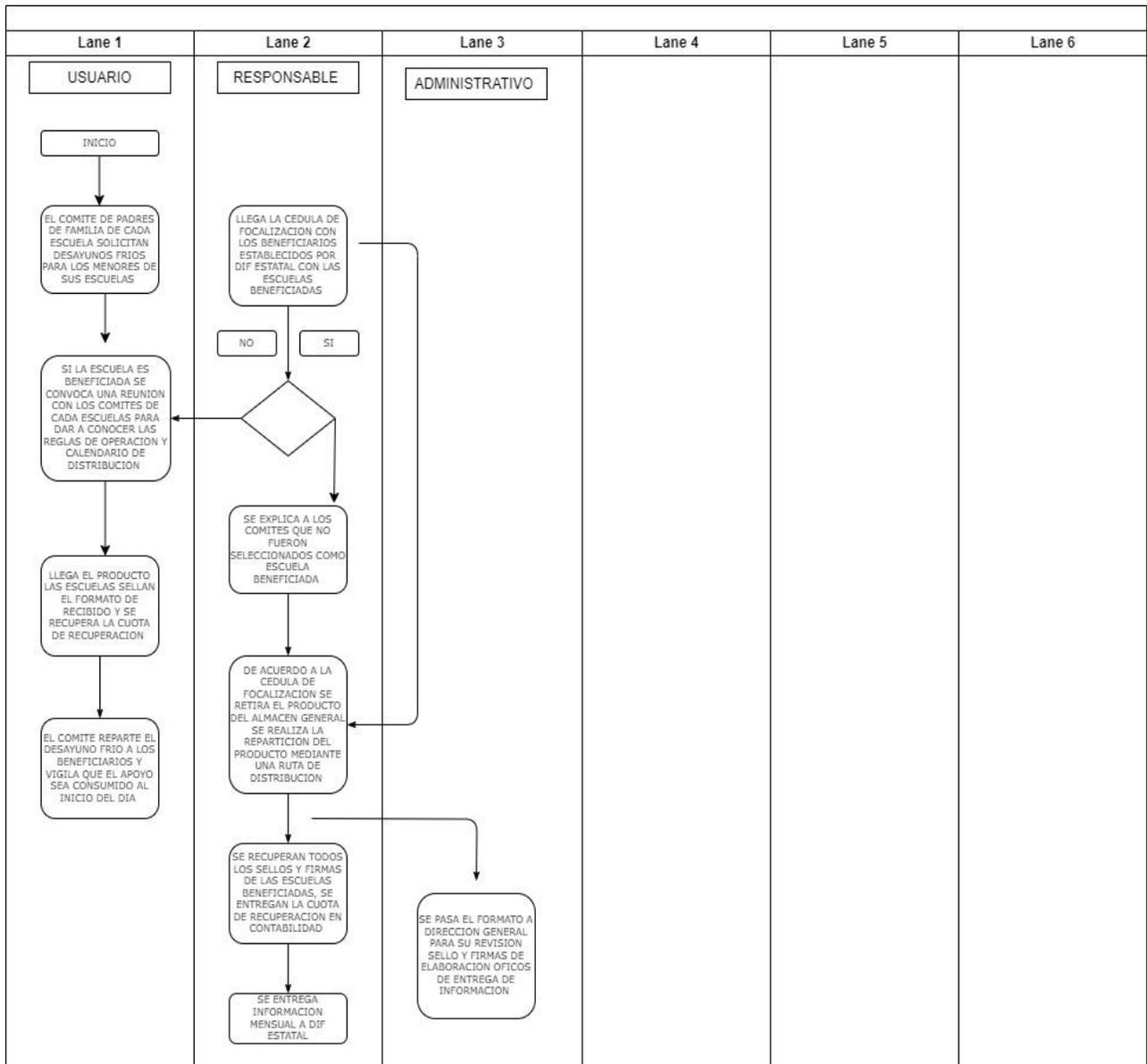
- CCPS: Comité Comunitario de Participación Social
- EMSA: Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria
- OEA: Orientación y Educación Alimentaria
- ROP: Reglas de Operación
- EAEyD: Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo
- DEF: Desayuno Escolar Frio
- DEC: Desayuno Escolar Caliente
- EIASADC: Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario
- ART. Articulo
- ASAPAPAM: Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores
- ASAPAPPC: Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad.
- SIEB: Sistema de Información Estadística de Beneficiarios

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|--|--|--|---|
| | DESAYUNO ESCOLAR FRIO | | Fecha: 01/05/2023 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 1 | |
| Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal | | Área responsable: Asistencia Alimentaria | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | Director (a) de área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área y del programa que tendrá a su cargo. | N/A | |
| 2 | Director (a) de área | Gestiona a DIF Estatal solicitudes del Programa Desayuno Escolar Frio | Oficio de Gestión | |
| 3 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Frio | Resguardar solicitudes de escuelas y CONAFES del municipio para ser beneficiados con desayuno frio | Oficios de Solicitudes | |
| 4 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Frio | Recibe de DIF Estatal lista de beneficiarios de Desayuno Frio | 1.3.1 | |
| 5 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Frio | Lleva a DIF Estatal documentación que acrediten su cargo. | 1.2.8 1.2.9 1.3 | |
| 6 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Frio | Solicita a escuelas el llenado documentos de los beneficiados y del comité del programa. | 1.2.7 1.3.1 1.3.3 1.3.4 1.3.5 1.3.6 | |
| 7 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Frio | Retira del almacén el kit de Desayuno Frio | N/A | |
| 8 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Frio | Distribuye el Desayuno Escolar Frio a escuelas beneficiadas | 1.3.2 | |

| | | | |
|---|-----------------------|--|-----|
| 9 | Director (a) del área | Verifica que las actividades del programa se estén llevando acorde lo establecido. | N/A |
|---|-----------------------|--|-----|

PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR FRIO





Procedimiento

PR-DO-00

**PROGRAMA DE DESAYUNO
ESCOLAR CALIENTE**

**Fecha:
01/05/2023**

Versión: 1.0

Página: 2



Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal

Área responsable: Asistencia Alimentaria

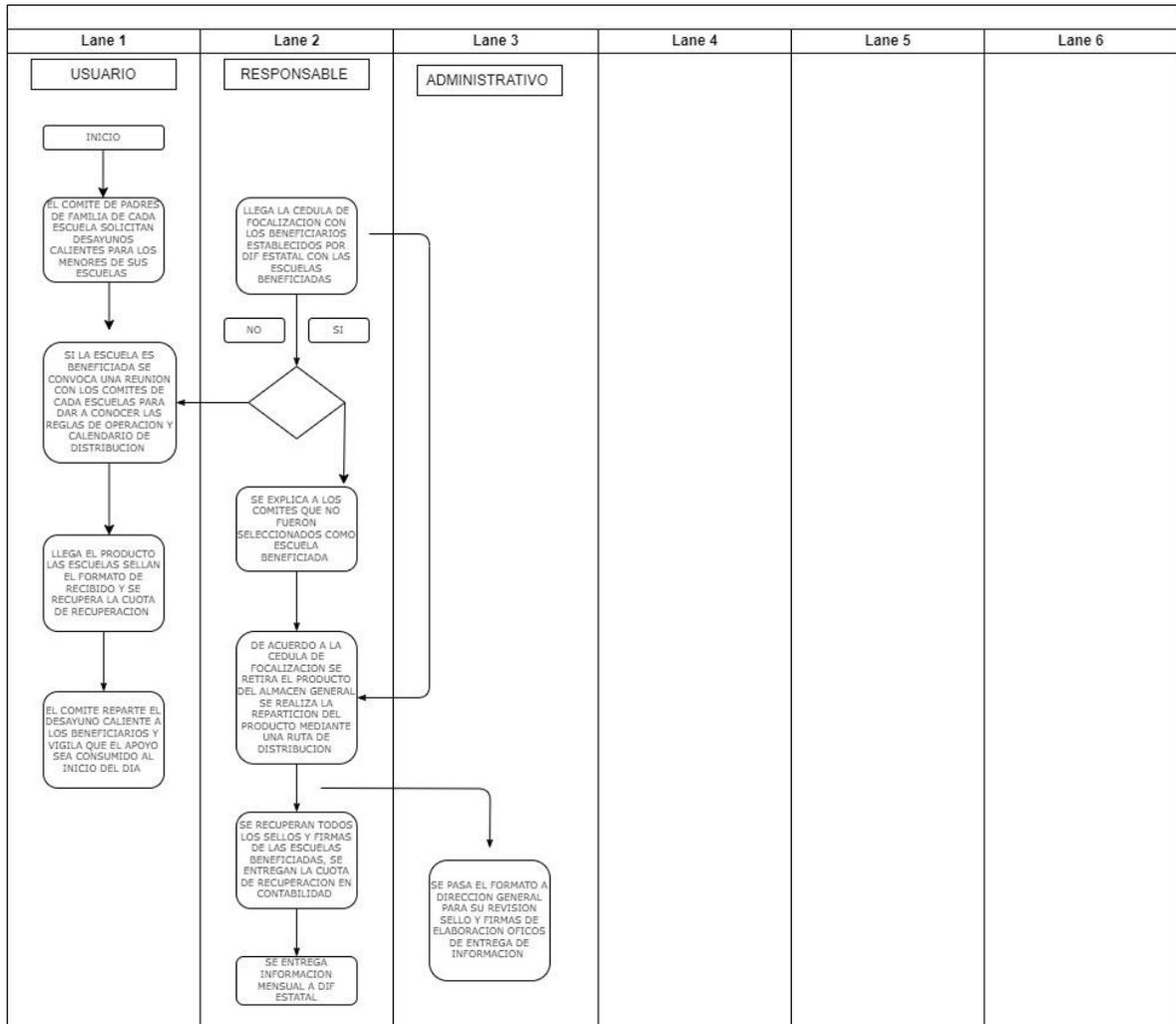
Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|-------------|--|--|--|
| 10 | Director (a) del área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área y del programa que tendrá a su cargo. | N/A |
| 11 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Caliente | Recepción de solicitudes de escuelas y CONAFES del municipio para ser beneficiados con Desayuno Escolar Caliente | N/A |
| 12 | Director (a) del área | Gestiona a DIF Estatal solicitudes del Programa Desayuno Escolar Frio | N/A |
| 13 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Caliente | Recibe de DIF Estatal lista de beneficiarios de Desayuno Escolar Caliente | 1.4.1 1.4.2 |
| 14 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Caliente | Lleva a DIF Estatal documentación que acrediten su cargo. | 1.3.8 1.3.9 1.4 |
| 15 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Caliente | Solicita a escuelas el llenado documentos de los beneficiados y del comité del programa. | 1.4.3 1.4.1 1.4.2 1.4.5 1.4.4 1.4.5 1.4.6 1.4.8 |
| 16 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Caliente | Retira del almacén el kit de Desayuno Escolar Caliente | N/A |

| | | | |
|-----------|--|--|-------|
| 17 | Encargado (a) del Programa Desayuno Escolar Caliente | Distribuye el Desayuno Escolar Caliente a escuelas beneficiadas | 1.4.7 |
| 18 | Director (a) del área | Verifica que las actividades del programa se estén llevando acorde lo establecido. | N/A |



PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE





| | | | |
|--|---------------|-----------------------------|---|
| PROGRAMA DE ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO | Procedimiento | PR-DO-00 |  <small>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANCINGO DE BRAVO, HGO.</small> |
| | | Fecha: 01/05/2023 | |
| | | Versión: 1.0 | |
| | | Página: 3 | |

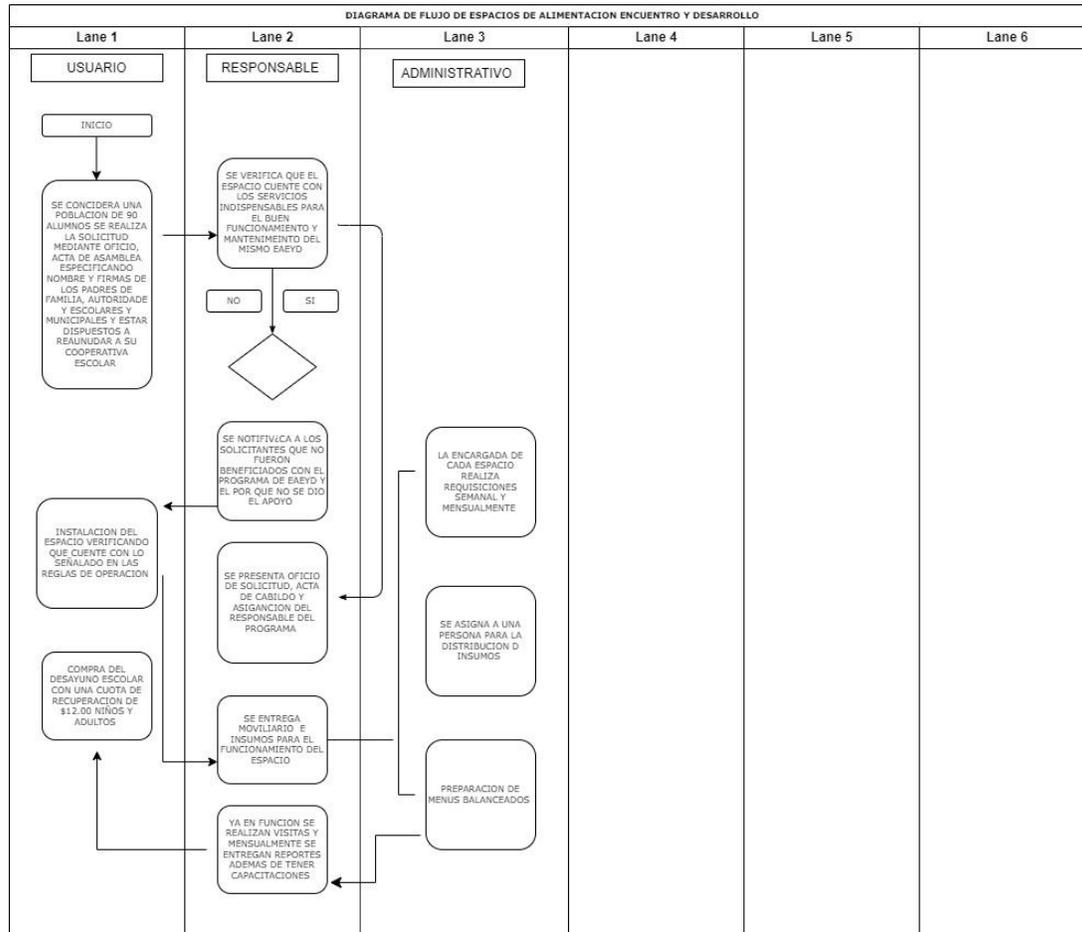
Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal

Área responsable: Asistencia Alimentaria

Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|------|---|---|-------------------------|
| 19 | Director (a) del área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área. | N/A |
| 20 | Encargado (a) del Programa Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo EAED | Lleva a DIF Estatal documentación que acrediten su cargo. | 1.5.1 1.5.6 |
| 21 | Encargado (a) del Programa Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo EAED | Capacita a comités de padres de familia para el llenado documentos de los beneficiados y del comité del programa. | 1.5.2 1.5.4 1.5.7 |
| 22 | Encargado (a) del Programa Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo EAED | Realiza documento de cedula de responsables de Encargadas y auxiliares manejadores de alimentos | 1.5.5 |
| 23 | Director (a) del área | Supervisa el buen manejo de insumos en los EAED | N/A |
| 24 | Encargado (a) del Programa Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo EAED | Elaboración de informes mensuales del programa EAED | 1.5.8 |
| 25 | Director (a) del área | Verifica que las actividades del programa se estén llevando acorde lo establecido. | N/A |

PROGRAMA ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO





Procedimiento

PR-DO-00



PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.

Fecha:
01/05/2023

Versión: 1.0

Página: 4

Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal

Área responsable: Asistencia Alimentaria

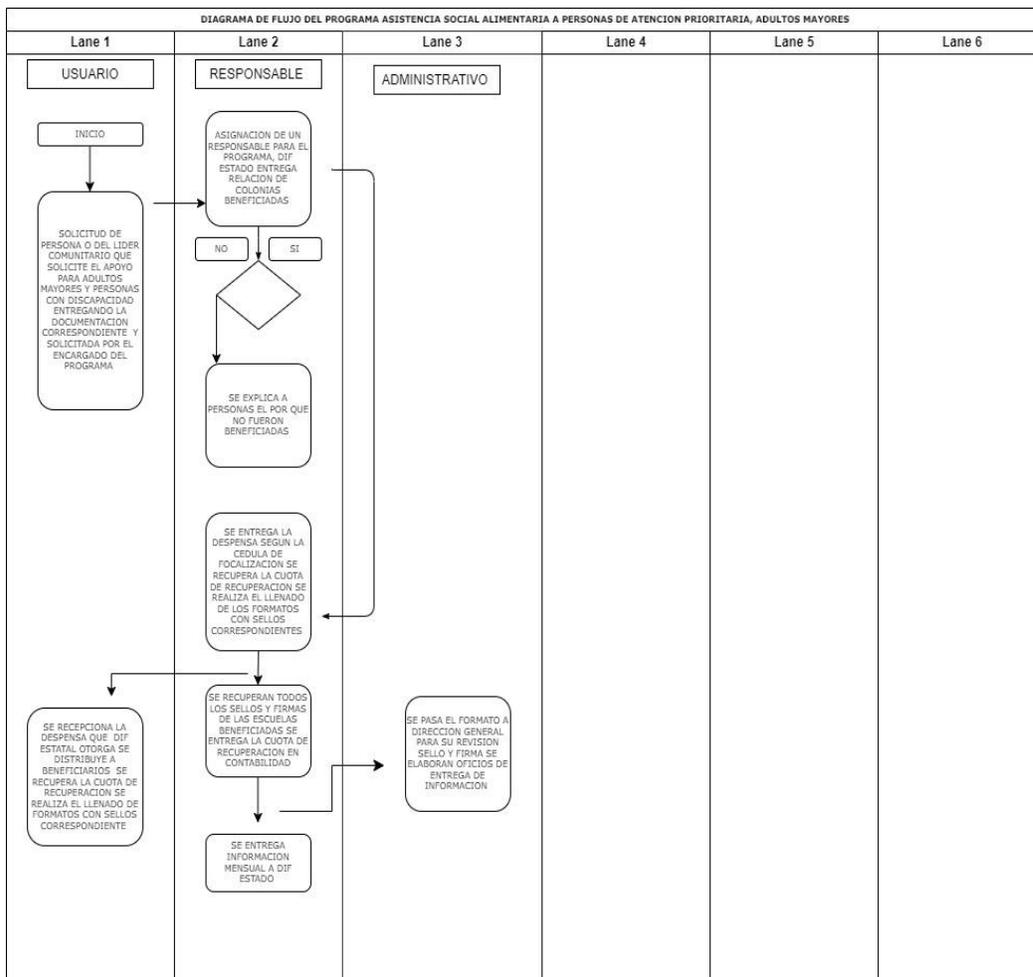
Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|------|---|--|------------------------------|
| 26 | Director (a) del área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área. | N/A |
| 27 | Director (a) del área | Gestiona a DIF Estatal solicitudes del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Oficio de Gestión |
| 28 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Lleva a DIF Estatal documentación que acrediten su cargo. | 1.6.2 1.6.1 |
| 29 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Recepción de documentación de personas que solicitan el apoyo para Adultos Mayores de 60 años | Expedientes de beneficiarios |

| | | | |
|----|---|---|-------------------------|
| 30 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Recibe de DIF Estado la lista de localidades a beneficiar | 1.6.3 1.6 |
| 31 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Capacita a comités de padres de familia para el llenado documentos de los beneficiados y del comité del programa. | 1.6.4 1.6.5 1.6.6 |
| 32 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Retira del almacén las dotaciones de despensas del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | N/A |
| 33 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Distribuye las dotaciones de despensa del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores a las personas beneficiadas en las localidades establecidas. | 1.6.7 |
| 34 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | Elabora el informe mensual del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores. | 1.6.7 |
| 35 | Director (a) del área | Verifica que las actividades del programa se estén llevando acorde lo establecido. | N/A |



PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.





Procedimiento

PR-DO-00



PRESIDENCIA MUNICIPAL
TULANGINGO DE BRAVO, HGO.

PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Fecha:

01/05/2023

Versión: 1.0

Página: 5

Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal

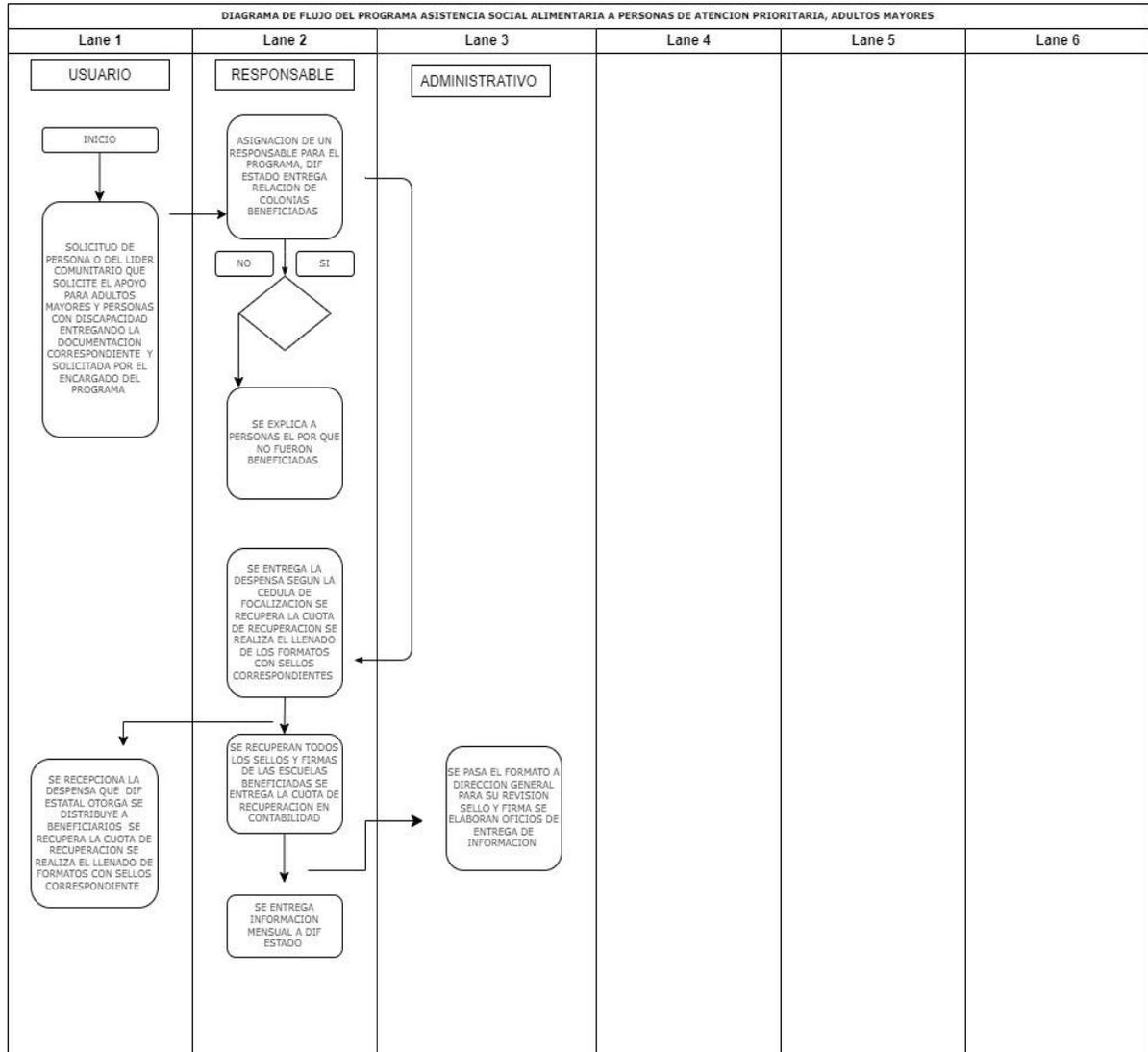
Área responsable: Asistencia Alimentaria

Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|-------------|---|--|------------------------------|
| 36 | Director (a) del área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área. | N/A |
| 37 | Director (a) del área | Gestiona a DIF Estatal solicitudes del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Oficio de Gestión |
| 38 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Lleva a DIF Estatal documentación que acrediten su cargo. | 1.7.4 1.7.5 |
| 39 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Recepción de documentación de personas que solicitan el apoyo para Personas con Discapacidad permanente. | Expedientes de beneficiarios |
| 40 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención | Recibe de DIF Estado la lista de localidades a beneficiar | 1.7.1 1.7.7 |

| | | | |
|----|---|---|-----------------------|
| | Prioritaria, Personas con Discapacidad. | | |
| 42 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Capacita a comités de padres de familia para el llenado documentos de los beneficiados y del comité del programa. | 1.7 1.7.2 1.7.6 |
| 43 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Retira del almacén las dotaciones de despensas del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | N/A |
| 44 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Distribuye las dotaciones de despensa del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad, beneficiadas en las localidades establecidas. | 1.7.3 |
| 45 | Encargado (a) del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | Elabora el informe mensual del Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad. | 1.7.4 |
| 46 | Director (a) del área | Verifica que las actividades del programa se estén llevando acorde lo establecido. | N/A |

PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD.





Procedimiento

PR-DO-00

PROGRAMA ORIENTACION Y EDUCACION ALIMENTARIA

Fecha:
01/05/2023
Versión: 1.0
Página: 5



PRESIDENCIA MUNICIPAL
TULANCINGO DE BRAVO, HGO.

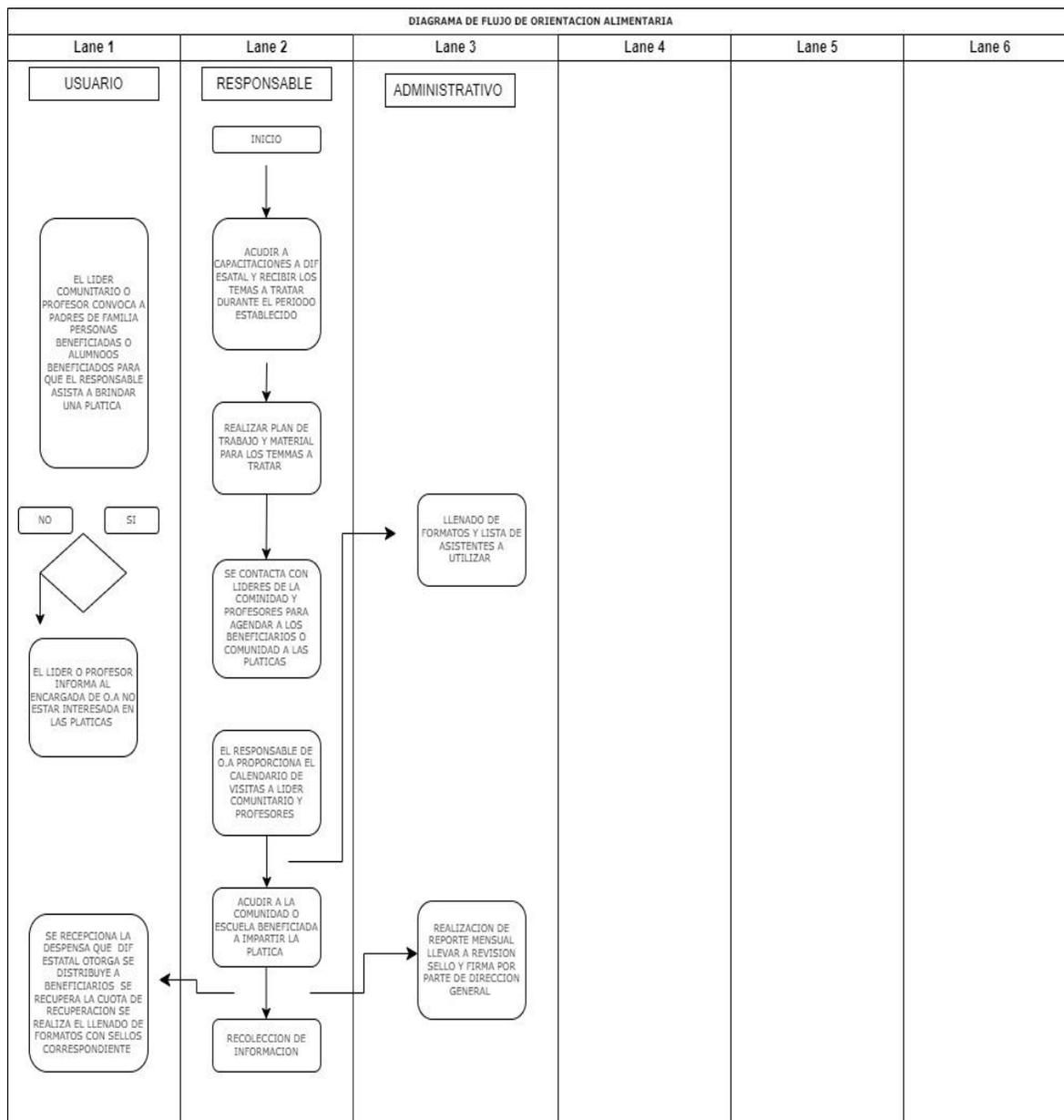
Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal

Área responsable: Asistencia Alimentaria

Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|------|--|--|--------------------------------------|
| 47 | Director (a) del área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área. | N/A |
| 48 | Director (a) del área | Designa a la persona encargada para el Programa de Orientación Alimentaria | N/A |
| 49 | Encargado (a) del Programa Orientación Alimentaria | Lleva a DIF Estatal documentación que acrediten su cargo. | 1.8 |
| 50 | Encargado (a) del Programa Orientación Alimentaria | Recibe de DIF Estado la lista de localidades a beneficiar y calendario de temas a impartir a beneficiarios con programa alimentario. | Calendario de temas y lista 1.7.9 |
| 51 | Encargado (a) del Programa Orientación Alimentaria | Imparte las pláticas a escuelas beneficiadas. | 1.7.9 |
| 52 | Encargado (a) del Programa Orientación Alimentaria | Elaboración de informes mensuales de platicas otorgadas | 1.79 |
| 53 | Director (a) del área | Verifica que las actividades del programa se estén llevando acorde lo establecido. | |

PROGRAMA ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA





Procedimiento

PR-DO-00

**CAFETERIAS
CAFETERIA DIF Y
CAFETERIA VAGON**

**Fecha:
01/05/2023
Versión: 1.0
Página: 5**



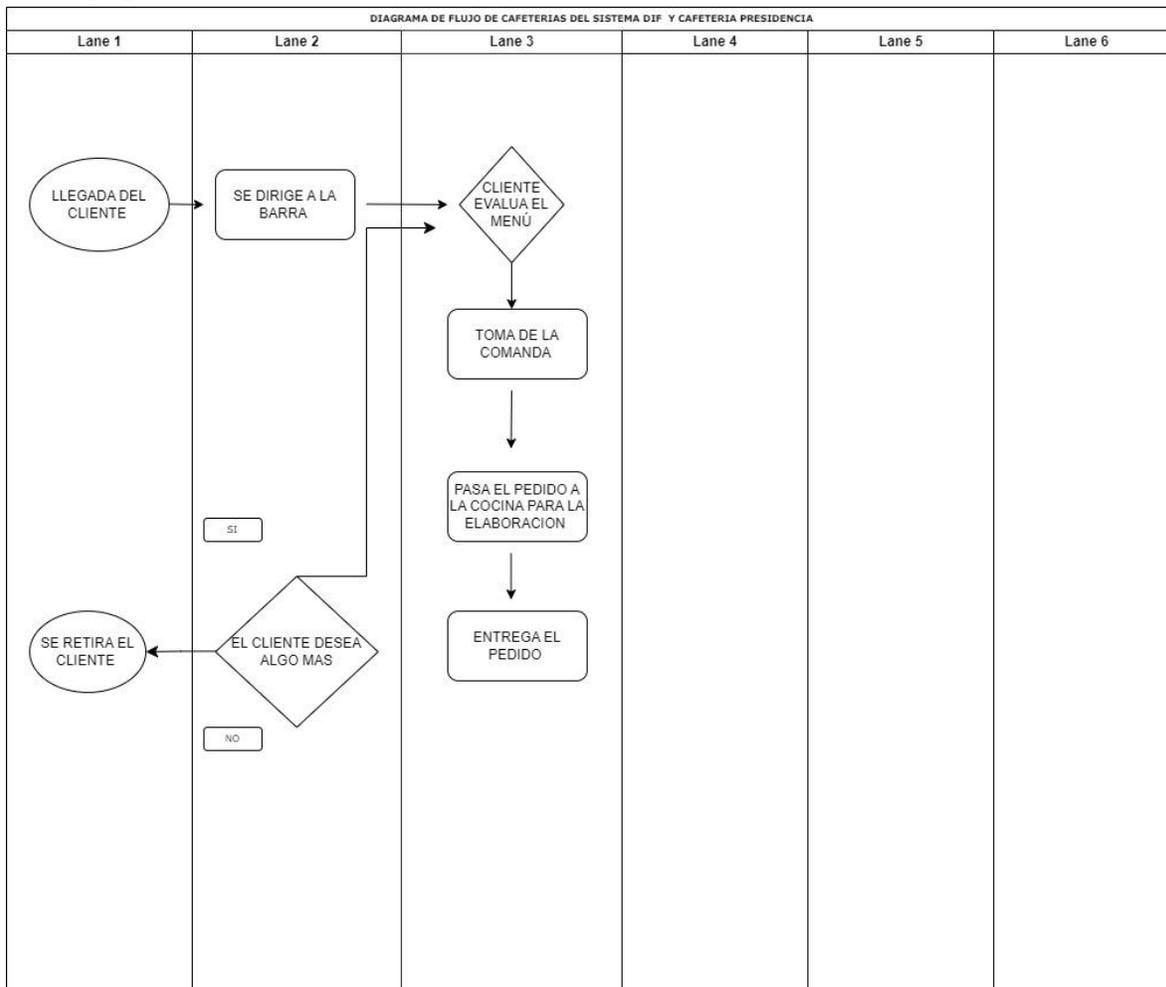
Unidad Administrativa: Sistema DIF Municipal

Área responsable: Asistencia Alimentaria

Descripción de Actividades.

| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|-------------|--|--|-----------------------------|
| 47 | Director (a) del área | Asesora al personal encargado sobre las actividades del área. | N/A |
| 48 | Director (a) del área | Designa a la persona encargada (o) de las cafeterías del Sistema DIF Municipal. | N/A |
| 49 | Encargado (a) del Cafeterías del Sistema DIF | Apertura y cierre de la cafetería a su cargo, cobro en caja, control de la entrada y salida de insumos, elaboración de requisiciones para solicitud de insumos, corte de caja diariamente, supervisar las actividades del personal de la cafetería a su cargo. | N/A |
| 50 | Encargado (a) del Cafeterías del Sistema DIF | Entrega del Ingreso diario al área de contabilidad del Sistema DIF Municipal. | N/A |

CAFETERÍAS: CAFETERÍA DIF Y CAFETERÍA VAGÓN



ANEXOS

1.2.7 CEDULA DE BENEFICIARIOS

ID _____

PROGRAMA: _____ Fecha _____

| DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO | | |
|----------------------------------|------------------------|----------------------------|
| CURP _____ | RFC _____ | |
| APELLIDO PATERNO _____ | APELLIDO MATERNO _____ | NOMBRE (S) _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | SEXO _____ | ESTADO DE NACIMIENTO _____ |
| HOMBRE () MUJER () | | |
| PAÍS DE ORIGEN _____ | ESTADO CIVIL _____ | |

| DOMICILIO DONDE RESIDE | | | |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ESTADO _____ | MUNICIPIO DEL BENEFICIARIO _____ | LOCALIDAD DEL BENEFICIARIO _____ | |
| TIPO DE ASENTAMIENTO _____ | NOMBRE DE ASENTAMIENTO _____ | CODIGO POSTAL _____ | |
| TIPO DE VIALIDAD _____ | NOMBRE DE VIALIDAD _____ | | |
| NÚM. EXT. _____ | NÚM. INT. _____ | DESCRIPCIÓN DEL DOMICILIO _____ | |
| ENTRE VIALIDADES: _____ | ANTERIOR _____ | POSTERIOR _____ | CIUDAD DE ORIGEN _____ |

| EXPEDIENTE SOCIOECONÓMICO | |
|---|--------------------------------------|
| NIVEL DE ESTUDIOS (DEL BENEFICIARIO): _____ | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD SOCIAL: _____ | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD FAMILIAR: _____ | |
| PARENTESCO CON EL JEFE DE FAMILIA _____ | ES JEFE DE FAMILIA SI () NO () |
| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE _____ | |
| CONDICIÓN ÉTNICA DEL BENEFICIARIO: _____ | |
| HABLA LENGUA INDÍGENA SI () NO () _____ | FAMILIA INDÍGENA SI () NO () _____ |
| LA CASA DEL BENEFICIARIO CUENTA CON: BAÑO () LETRINA () _____ | |
| INGRESO FAMILIAR MENSUAL: _____ | |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera parte de una comunidad indígena? | SI () NO () |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera afromexicano(a) o afrodescendiente? | SI () NO () |
| ¿Es persona que abandona el lugar en que nació y llega al Estado para establecerse en él de manera temporal o definitiva? | SI () NO () |
| ¿En los últimos 3 meses sufrió algún tipo de violencia? | SI () NO () |

| DATOS PÚBLICOS | |
|--|---------------------|
| IMPORTANTE: Especifique si el Beneficiario o Tutor del Beneficiario acepta que sean publicados sus datos en el Padrón de Beneficiarios de Gobierno del Estado de Hidalgo: | |
| ACEPTA _____ () | NO ACEPTA _____ () |

1.2.8 DIRECTORIO MUNICIPAL

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
CICLO ESCOLAR
DIRECTORIO MUNICIPAL

MUNICIPIO: _____

PRESIDENTA (E) MUNICIPAL: _____

TELÉFONO OFICINA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

PRESIDENTA (E) DEL SMDIF

TELÉFONO OFICINA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR: _____

DIRECTOR (A) DIF MUNICIPAL

TELÉFONO OFICINA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR: _____

Publicación electrónica

1.2.9 FORMATO DE NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLE

| | |
|--|-----------------|
| LOGO 1 MUNICIPIO | LOGO 1 SMDIF |
| <p>L.A.E ZOYLA FLORES GUZMAN PRESENTE</p> <p>Con fundamento de lo dispuesto por los artículos 144 fracción VIII de la constitución política del Estado de Hidalgo, referente a las obligaciones y facultades conferidas que, como Presidenta del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del municipio); se expide el presente NOMBRAMIENTO que la acredita como:</p> <p><i>Responsable del Programa Desayuno Escolar Frío del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del mpio.), Hgo. Para el período comprendido del año</i></p> <p>-----</p> <p>A partir del 00 de mes de año. Exhortándole a cumplir responsablemente con el cargo que se le confiere.</p> <p>ATENTAMENTE</p> <p>LIC. ROMULO SANCHEZ PEREZ PRESIDENTE MUNICIPAL MUNICIPIO, HGO.</p> | |

1.2 CEDULA DE RESPONSABLE DEL PROGRAMA

|   | |
|--|---|
| SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS CÉDULA DE RESPONSABLE DE PROGRAMA CICLO ESCOLAR: _____ | |
| MUNICIPIO: _____ | FECHA DE ELABORACIÓN: _____ |
| NOMBRE: _____ | SEXO: _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ |  |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: | |
| CELULAR: _____ | |
| CASA: _____ | |
| OFICINA: _____ Ext. _____ | |
| E-MAIL: _____ | |
| DIRECCIÓN PARTICULAR: _____ | |
| DIRECCIÓN SMDIF: _____ | |
| EXPERIENCIA LABORAL: _____ | |
| FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SMDIF: _____ | |
| NOMBRAMIENTO A PARTIR DE: _____ | |
| NOTA: ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA Y NOMBRAMIENTO | |
| PRESIDENTA/E DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF NOMBRE Y FIRMA | RESPONSABLE PROGRAMA NOMBRE Y FIRMA |
|  | Vo.Bo. SEDIF |



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CÉDULA DE FOCALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DESAYUNOS ESCOLARES
CICLO ESCOLAR:

| ESTADO: 13 HIDALGO | Clave Localidad | Nombre Localidad | Municipalidad Social | CCT Centro Educativo | Nombre del Centro Educativo | Tipo de Centro Educativo | Turno | Modalidad Tipo de Apoyo | MUNICIPIO: | | | Observaciones | | | |
|--------------------|-----------------|------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------|---------------|--|--|--|
| | | | | | | | | | Materia Ciclo Escolar 2020 - 2022 | Beneficiarios 2022-2023 | | | | | |
| | | | | | | | | | Hombr | Mujeres | Total | | | | |
| | | | | | | | | | SUB TOTAL | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | COMUNITARIO | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | COMUNITARIO | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | EJEJO | | | | | | |
| | | | | | | | | | Total | | | | | | |

Sello SMDIF

Aprobó

Sello Municipio

Vo. Bo.

Integrantes de la H. Asamblea Municipal
(Nombres y Firmas)

Presidenta/Directora del Sistema Municipal DIF

Presidenta Municipal Constitucional

1.3.3 ACTA COMITÉ DEL PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR FRIO




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
ACTA DE INTEGRACIÓN DE COMITÉ COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
INTEGRADO POR MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE MENORES BENEFICIARIOS DEL
PROGRAMA ALIMENTARIO DESAYUNO ESCOLAR FRIO
CICLO ESCOLAR

En la localidad de: _____ municipio de: _____
 siendo las _____ hrs. del día _____ del mes de _____ del año _____
 reunidos en las instalaciones de _____ en presencia de las
 autoridades educativas, de la comunidad, Sistema DIF Municipal, Madres y Padres de Familia, para tratar como único
 punto la elección democrática del **Comité Comunitario de Participación Social**, éste queda conformado de la siguiente
 manera:

| Nombre | Cargo | Teléfono |
|--------|----------------|----------|
| | Presidente (a) | |
| | Primer Vocal | |
| | Segundo Vocal | |

A fin de fortalecer el proyecto **Desayuno Escolar Frio** que opera en los siguientes centros escolares:

Preescolar: _____ **Clave SEP:** _____
Primaria: _____ **Clave SEP:** _____

El comité participará durante el **CICLO ESCOLAR 2022-2023** involucrándose en las labores organizativas de los
Desayunos Escolares Fríos, así como vigilar las principales actividades y compromisos que a continuación se enlistan:

Funciones de los integrantes del Comité Comunitario de Participación Social:

- 1) Verificar que se cuente con el espacio adecuado para el almacenamiento de los desayunos.
- 2) Verificar que los desayunos fríos se reciban conforme a lo asignado y en buen estado. (El Brik de leche, galletas, mix de frutas deshidratadas y fruta fresca sin aplastar, en buen estado y sin abrir).
- 3) Verificar que los beneficiarios cumplan con los criterios de focalización.
- 4) Reportar el desvío, venta o cualquier otro uso de los desayunos fríos que no es el indicado en las reglas de operación.
- 5) No permitir el incremento de la cuota indicada en las Reglas de Operación al menos que sea haya acordado y asentado en una minuta con los padres de familia de los beneficiarios.
- 6) Llevar un control de los desayunos, asistencia de los beneficiarios y cuotas de recuperación usando los formatos establecidos.
- 7) Verificar que el consumo del Desayuno Frio sea dentro de las instalaciones escolares como lo indican las Reglas de Operación.
- 8) Reportar al Sistema DIF Estatal y/o Municipal cualquier anomalía de forma inmediata.
- 9) Participar en caso de desastres naturales.

Obligaciones del Sistema DIF Municipal para con el Comité Comunitario de Participación Social:

Ciclo Escolar 2022-2023
Página 1



- 1) Entregar Reglas de Operación y listado de menores con delgadez, talla baja y obesidad.
- 2) Hacer llegar en tiempo y forma los insumos a los Comités Comunitarios de Participación Social. (semanalmente)
- 3) Hacer la entrega del "Cuadernillo de apoyo a la operación de los Comités Comunitarios de Participación Social" y de los menús cíclicos.
- 4) Capacitar al Comité Comunitario de Participación Social sobre sus funciones y en relación al Programa.
- 5) Verificar que los beneficiarios cumplan con los criterios de focalización:
 - Que sean niñas y niños que presenten talla baja respecto a su edad.
 - Que sean niñas y niños que presenten bajo peso o delgadez en base a su edad.
 - Niñas y niños con sobrepeso y/u obesidad que estén en riesgo alimentario.
 - Niñas y niños con talla normal de acuerdo a su edad, que sean considerados en riesgo económico y/o familiar:
 - a) Que sea hijo o hija de padres sin trabajo.
 - b) Que sea hijo o hija de madre o padre soltero en riesgo económico.
 - c) Que la niña o niño viva con tutores.
 - d) Que niña o niño viva en hogar con riesgo social.
- 6) Participación en caso de desastre naturales.

Así mismo se manifiesta que el **Sistema DIF Municipal** se compromete a capacitar en materia de nutrición y manejo de alimentos a los integrantes de éste comité, con la finalidad de que realicen adecuadamente sus atribuciones.

Dando así cumplimiento a las políticas y lineamientos para la operación de los Programas de la Estrategia Integral de Asistencia Alimentaria.

No habiendo otro asunto que tratar se da por concluida la presente acta siendo las ____ hrs. del mismo día de inicio **firmado y sellado al calce los que en ella intervinieron**.

Los integrantes del Comité deberán estar registrados en la lista de asistencia.

A la presente se deberá anexar:

Lista de asistentes con sello del centro escolar y SMDIF.

Copia del INE por ambos lados de las personas que integran el Comité Comunitario de Participación Social.

Presidente (e) o Director (a) del Sistema
Municipal DIF (Nombre,
firma, sello)

Autoridad Educativa
(Nombre, firma, sello)



Integrantes de Comité Comunitario de Participación Social

Presidente (a) del Comité de Participación Social
(Nombre, Firma, Sello)

Primer Vocal
(Nombre, firma, sello)

Segundo vocal
(Nombre, firma, sello)

1.3.4 FORMATO DE RECIBO DE CUADERNILLOS DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____

SE RECIBE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA DIF HIDALGO Y DE LA DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS, LA CANTIDAD _____ CUADERNILLOS DE APOYO PARA LA OPERACIÓN DE COMITÉS COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

| DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS | DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES | ASISTENCIA ALIMENTARIA A SUJETOS VULNERABLES | ASISTENCIA ALIMENTARIA A SUJETOS VULNERABLES CON DISCAPACIDAD |
|---------------------------|-------------------------------|--|---|
| | | | |

RECIBE:
 PRESIDENTE: _____
 NOMBRE Y FIRMA

VOCAL 1: _____
 NOMBRE Y FIRMA

VOCAL 2: _____
 NOMBRE Y FIRMA

SISTEMA DIF MUNICIPAL NOMBRE Y FIRMA

1.3.5 CEDULA DE SEGUIMIENTO




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CEDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

El comité de Participación Social deberá llenar los datos generales y responder preguntas de conformidad con la información que conozca.

El comité lo integran: Número de Mujeres Número de Hombres

Comité Constituido Fecha de llenado:

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Nombre del integrante del C.P.S.: _____ Cargo: _____
 Domicilio: _____ Colonia: _____
 Municipio: _____ Localidad: _____
 Nombre del Centro Escolar: _____
 C.C.T.: _____ Tipo de Escuela: _____
 Programa Vigilado: _____

I.- Preguntas de Comité comunitario de Participación Social

1.- ¿Recibieron capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité de Participación Social?

SI NO

2.- En caso de no haber recibido capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité de Participación Social la han solicitado?

SI NO

3.- ¿Quién les proporciono la capacitación?

Órgano de Control Interno municipal Personal del SMDIF Otro: _____

4.- La información que conoce se refiere a (puede elegir más de una opción):

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Objetivo del programa | <input type="checkbox"/> Documentos comprobatorios |
| <input type="checkbox"/> Población a beneficiar | <input type="checkbox"/> Dependencia que aporta los recursos |
| <input type="checkbox"/> Cuota de recuperación | <input type="checkbox"/> Integración y funciones del Comité de Participación Social |
| <input type="checkbox"/> Días a beneficiar | <input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiado (encuesta socio-Económica, peso, talla, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Correcto almacenamiento y transporte de alimentos | <input type="checkbox"/> Información para realizar (en caso de que las haya) quejas, Sugerencias, denuncias el comité de Participación Social |
| <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de las y los beneficiarios | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medidas de seguridad en comedores y almacenes | |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y restricciones | |
| <input type="checkbox"/> Reglas de Operación | |
| <input type="checkbox"/> Medidas de higiene y Manipulación de Alimentos | |



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 CÉDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

5.- ¿Qué actividades realizan como Comité comunitario de Participación Social?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recepción y Distribución de raciones alimentarias a beneficiarios | <input type="checkbox"/> Realizar reuniones para corroborar la operatividad del Programa sea de acuerdo a lo establecido en las ROP |
| <input type="checkbox"/> Firma de informe de Distribución Municipal | <input type="checkbox"/> Confirmar que los productos alimentarios se reciban Conforme a lo asignado por el SMDIF en cantidad y Calidad |
| <input type="checkbox"/> Verificar que la cuota de recuperación NO sean incrementada | <input type="checkbox"/> Corroborar que los insumos alimentarios estén en buen estado físico, almacenados en un lugar específico con las medidas de higiene adecuadas, dentro del centro escolar |
| <input type="checkbox"/> Días a beneficiar sean los establecidos | <input type="checkbox"/> Los insumos alimentarios no sean derivados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el Programa |
| <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de las/los beneficiados | <input type="checkbox"/> Los insumos alimentarios no sean desviados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el Programa |
| <input type="checkbox"/> Que las niñas y los niños beneficiados consuman su desayuno de lunes a viernes dentro de la escuela o desayunador escolar | |

6.- En las siguientes preguntas señale que piensa sobre las actividades que realiza el Comité de Participación Social

| | SI | NO | No Sabe |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 ¿El Programa operó correctamente, conforme a las reglas de operación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 ¿Detectaron que el programa se utilizó con fines políticos, electorales, de Lucro u otros distintos a su objetivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Después de realizar la supervisión del Programa ¿Considera que cumple Con lo que el programa les informó que se les entregaría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 ¿De acuerdo con la información proporcionada por los responsables de Los programas alimentarios, todas las personas cumplen con los requisitos Para ser beneficiarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del programa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 ¿El programa cumple con el principio de igualdad entre mujeres y hombres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.- ¿En la elección de integrantes de Comités de Participación Social, tienen la misma posibilidad de ser electos mujeres y hombres?
 SI NO ¿Por qué? _____

8.- ¿Has realizado alguna sugerencia, queja o denuncia?
 SI NO

OBSERVACIONES

Nombre cargo y firma del entrevistador/a

Nombre, cargo y firma del/la integrante del Comité de Participación Social

1.3.6 CARTA COMPROMISO



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
CARTA COMPROMISO DE PADRES DE FAMILIA DE CORRESPONSABILIDAD DEL
PROGRAMA ALIMENTARIO DESAYUNO ESCOLAR FRÍO
CICLO ESCOLAR**

En el Municipio de **(MUNICIPIO)**, Estado de Hidalgo; siendo las: ___ horas del día ___ del mes de _____ del año _____, reunidos en las instalaciones del Centro Escolar:

Preescolar: _____ Clave SEP: _____
Primaria: _____ Clave SEP: _____

En presencia de (Autoridades Educativas de la Comunidad, personal del Sistema DIF Municipal, Integrantes del Comité de Participación Social, Madres y Padres de familia) según lista anexa, para tratar como único punto el **COMPROMISO DEL BENEFICIARIO POR PERTENECER AL PADRÓN DEL PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR FRÍO.**

Asimismo, tengo conocimiento que la inscripción para que mi hija(o) sea beneficiario se realiza únicamente de manera anual al inicio del Ciclo Escolar.

Me comprometo a que mi hija(o) permanezca dentro de la Matricula del Programa Desayuno Escolar Frío durante el Ciclo Escolar.

Alumna(o): _____
Grado: _____ Grupo: _____
Nombre de la madre, padre de familia o tutor: _____
Teléfono de Contacto: _____

A la presente deberá anexar copia del INE por ambos lados de la Madre, Padre de Familia o Tutor y esta deberá ser integrada al expediente del beneficiario.

1



NOMBRE COMPLETO

Presidenta (e) del Sistema Municipal
DIF de _____, Hidalgo.
(Nombre del Municipio, Firma y sello)

Autoridad Educativa
(Nombre, firma, sello)

Madre, Padre de Familia o Tutor
(Nombre, firma)

Integrante de Comité de Participación
Social
(Nombre, cargo, firma)

1.3.7 FORMATOS DEL PROGRAMA DE DESAYUNO CALIENTE

1.3.8 DIRECTORIO MUNICIPAL

 | 

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
CICLO ESCOLAR
DIRECTORIO MUNICIPAL

MUNICIPIO: _____

PRESIDENTA (E) MUNICIPAL: _____

TELÉFONO OFICINA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

PRESIDENTA (E) DEL SMDIF

TELÉFONO OFICINA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR: _____

DIRECTOR (A) DIF MUNICIPAL

TELÉFONO OFICINA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR: _____

Publicación electrónica

1.3.9 NOMBRAMIENTO DEL RESPONSABLE

| | |
|--|-----------------|
| LOGO 1 MUNICIPIO | LOGO 1 SMDIF |
| <p>L.A.E ZOYLA FLORES GUZMAN PRESENTE</p> <p>Con fundamento de lo dispuesto por los artículos 144 fracción VIII de la constitución política del Estado de Hidalgo, referente a las obligaciones y facultades conferidas que, como Presidenta del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del municipio); se expide el presente NOMBRAMIENTO que la acredita como:</p> <p><i>Responsable del Programa Desayuno Escolar Frío del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del mpio.), Hgo. Para el período comprendido del año</i></p> <p>-----</p> <p>A partir del 00 de mes de año. Exhortándole a cumplir responsablemente con el cargo que se le confiere.</p> <p>ATENTAMENTE</p> <p>LIC. ROMULO SANCHEZ PEREZ PRESIDENTE MUNICIPAL MUNICIPIO, HGO.</p> | |

1.4 CEDULA DEL RESPONSABLE

| | |
|---|--|
|   | |
| <p>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS CÉDULA DE RESPONSABLE DE PROGRAMA CICLO ESCOLAR:</p> | |
| MUNICIPIO: _____ | FECHA DE ELABORACIÓN: _____ |
| NOMBRE: _____ | SEXO: _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">FOTOGRAFIA</p> </div> |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: | |
| CELULAR: _____ | |
| CASA: _____ | |
| OFICINA: _____ Ext. _____ | |
| E-MAIL: _____ | |
| DIRECCIÓN PARTICULAR: _____ | |
| DIRECCIÓN SMDIF: _____ | |
| EXPERIENCIA LABORAL: _____ | |
| FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SMDIF: _____ | |
| NOMBRAMIENTO A PARTIR DE: _____ | |
| NOTA: ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA Y NOMBRAMIENTO | |
| PRESIDENTA/E DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF NOMBRE Y FIRMA | RESPONSABLE PROGRAMA NOMBRE Y FIRMA |
| <div style="border: 1px dashed gray; width: 60px; height: 30px; margin: auto;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">SELLO</p> </div> | Vo.Bo. SEDIF |

1.4.3 ACTA COMITÉ DEL PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE Y EVIDENCIA FOTOGRÁFICA




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
ACTA DE INTEGRACIÓN DE COMITÉ COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
INTEGRADO POR MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE MENORES BENEFICIARIOS DEL
PROGRAMA ALIMENTARIO DESAYUNO ESCOLAR FRÍO
CICLO ESCOLAR

En la localidad de _____, municipio de _____, siendo las _____ hrs. del día _____ del mes de _____ del año _____ reunidos en las instalaciones de _____, en presencia de las autoridades educativas, de la comunidad, Sistema DIF Municipal, Madres y Padres de Familia, para tratar como único punto la elección democrática del **Comité Comunitario de Participación Social**, este queda conformado de la siguiente manera:

| Nombre | Cargo | Teléfono |
|--------|----------------|----------|
| | Presidente (a) | |
| | Primer Vocal | |
| | Segundo Vocal | |

A fin de fortalecer el proyecto **Desayuno Escolar Frío** que opera en los siguientes centros escolares:

Prescolar: _____ Clave SEP: _____
 Primaria: _____ Clave SEP: _____

El comité participará durante el **CICLO ESCOLAR 2022-2023** involucrándose en las labores organizativas de los **Desayunos Escolares Fríos**, así como vigilar las principales actividades y compromisos que a continuación se enlistan:

Funciones de los integrantes del Comité Comunitario de Participación Social:

- 1) Verificar que se cuente con el espacio adecuado para el almacenamiento de los desayunos.
- 2) Verificar que los desayunos fríos se reciban conforme a lo asignado y en buen estado. (El Brik de leche, galletas, mix de frutas deshidratadas y fruta fresca sin aplastar, en buen estado y sin abrir).
- 3) Verificar que los beneficiarios cumplan con los criterios de focalización.
- 4) Reportar el desvío, venta o cualquier otro uso de los desayunos fríos que no es el indicado en las reglas de operación.
- 5) No permitir el incremento de la cuota indicada en las Reglas de Operación al menos que sea haya acordado y asentado en una minuta con los padres de familia de los beneficiarios.
- 6) Llevar un control de los desayunos, asistencia de los beneficiarios y cuotas de recuperación usando los formatos establecidos.
- 7) Verificar que el consumo del Desayuno Frío sea dentro de las instalaciones escolares como lo indican las Reglas de Operación.
- 8) Reportar al Sistema DIF Estatal y/o Municipal cualquier anomalía de forma inmediata.
- 9) Participar en caso de desastres naturales.

Obligaciones del Sistema DIF Municipal para con el Comité Comunitario de Participación Social:

Ciclo Escolar 2022-2023
Página 1





- 1) Entregar Reglas de Operación y listado de menores con delgadez, talla baja y obesidad.
- 2) Hacer llegar en tiempo y forma los insumos a los Comités Comunitarios de Participación Social. (semanalmente)
- 3) Hacer la entrega del "Cuadernillo de apoyo a la operación de los Comités Comunitarios de Participación Social" y de los menús cíclicos.
- 4) Capacitar al Comité Comunitario de Participación Social sobre sus funciones y en relación al Programa.
- 5) Verificar que los beneficiarios cumplan con los criterios de focalización:
 - Que sean niñas y niños que presenten talla baja respecto a su edad.
 - Que sean niñas y niños que presenten bajo peso o delgadez en base a su edad.
 - Niñas y niños con sobrepeso y/u obesidad que estén en riesgo alimentario.
 - Niñas y niños con talla normal de acuerdo a su edad, que sean considerados en riesgo económico y/o familiar:
 - a) Que sea hijo o hija de padres sin trabajo.
 - b) Que sea hijo o hija de madre o padre soltero en riesgo económico.
 - c) Que la niña o niño viva con tutores.
 - d) Que niña o niño viva en hogar con riesgo social.
- 6) Participación en caso de desastre naturales.

Así mismo se manifiesta que el Sistema DIF Municipal se compromete a capacitar en materia de nutrición y manejo de alimentos a los integrantes de éste comité, con la finalidad de que realicen adecuadamente sus atribuciones.

Dando así cumplimiento a las políticas y lineamientos para la operación de los Programas de la Estrategia Integral de Asistencia Alimentaria.

No habiendo otro asunto que tratar se da por concluida la presente acta siendo las ____ hrs. del mismo día de inicio firmando y sellando al calce los que en ella intervinieron.

Los integrantes del Comité deberán estar registrados en la lista de asistencia.

A la presente se deberá anexar:

Lista de asistentes con sello del centro escolar y SMDIF.

Copia del INE por ambos lados de las personas que integran el Comité Comunitario de Participación Social.

Presidenta (e) o Director (a) del Sistema
Municipal DIF (Nombre,
firma, sello)

Autoridad Educativa
(Nombre, firma, sello)



Integrantes de Comité Comunitario de Participación Social

Presidente (a) del Comité de Participación Social
(Nombre, Firma, Sello)

Primer Vocal
(Nombre, firma, sello)

Segundo vocal
(Nombre, firma, sello)



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE CAPACITACIÓN A COMITÉS COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
DESAYUNO ESCOLAR FRÍO
CICLO ESCOLAR

Municipio: _____

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

NOTA: ENVIAR ESTE ARCHIVO DE FORMA MAGNÉTICA

Nombre y Firma del Responsable
del Programa Desayunos Escolares Fríos

Nombre, firma y sello de la
Presidenta del Sistema DIF Municipal

1.4.4 FORMATO DE CUADERNILLO DE DERECHOS Y OBLIGACIÓN DEL COMITÉ Y EVIDENCIA FOTOGRÁFICA




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____

SE RECIBE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA DIF HIDALGO Y DE LA DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS, LA CANTIDAD _____ CUADERNILLOS DE APOYO PARA LA OPERACIÓN DE COMITÉS COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

| DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS | DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES | ASISTENCIA ALIMENTARIA A SUJETOS VULNERABLES | ASISTENCIA ALIMENTARIA A SUJETOS VULNERABLES CON DISCAPACIDAD |
|---------------------------|-------------------------------|--|---|
| | | | |

RECIBE:
 PRESIDENTE: _____
 NOMBRE Y FIRMA

VOCAL 1: _____
 NOMBRE Y FIRMA

VOCAL 2: _____
 NOMBRE Y FIRMA

 SISTEMA DIF MUNICIPAL NOMBRE Y FIRMA



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA ENTREGA DE CUADERNILLOS A LOS COMITÉS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
DESAYUNO ESCOLAR FRÍO
CICLO ESCOLAR

Municipio: _____

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Localidad y Centro Escolar:

Localidad y Centro Escolar:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Localidad y Centro Escolar:

Localidad y Centro Escolar:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Localidad y Centro Escolar:

Localidad y Centro Escolar:

NOTA: ENVIAR ESTE ARCHIVO DE FORMA MAGNÉTICA

Nombre y Firma del Responsable
del Programa Desayunos Escolares Fríos

Nombre, firma y sello de la
Presidenta del Sistema DIF Municipal

1.4.5 CEDULA DE SEGUIMIENTO



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CEDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

El comité de Participación Social deberá llenar los datos generales y responder preguntas de conformidad con la información que conozca.

El comité lo integran: Número de Mujeres Número de Hombres

Comité Constituido Fecha de llenado:

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Nombre del integrante del C.P.S.: _____ Cargo: _____
 Domicilio: _____ Colonia: _____
 Municipio: _____ Localidad: _____
 Nombre del Centro Escolar: _____
 C.C.T.: _____ Tipo de Escuela: _____
 Programa Vigilado: _____

I.- Preguntas de Comité comunitario de Participación Social

1.- ¿Recibieron capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité de Participación Social?

SI NO

2.- En caso de no haber recibido capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité de Participación Social la han solicitado?

SI NO

3.- ¿Quién les proporciono la capacitación?

Órgano de Control Interno municipal Personal del SMDIF Otro: _____

4.- La información que conoce se refiere a (puede elegir más de una opción):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Objetivo del programa <input type="checkbox"/> Población a beneficiar <input type="checkbox"/> Cuota de recuperación <input type="checkbox"/> Días a beneficiar <input type="checkbox"/> Correcto almacenamiento y transporte de alimentos <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de las y los beneficiarios <input type="checkbox"/> Medidas de seguridad en comedores y almacenes <input type="checkbox"/> Beneficios y restricciones <input type="checkbox"/> Reglas de Operación <input type="checkbox"/> Medidas de higiene y Manipulación de Alimentos | <input type="checkbox"/> Documentos comprobatorios <input type="checkbox"/> Dependencia que aporta los recursos <input type="checkbox"/> Integración y funciones del Comité de Participación Social <input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiado (encuesta socio-Económica, peso, talla, etc.) <input type="checkbox"/> Información para realizar (en caso de que las haya) quejas, Sugerencias, denuncias el comité de Participación Social <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|--|



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CEDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

5.-¿Qué actividades realizan como Comité comunitario de Participación Social?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recepción y Distribución de raciones alimentarias a beneficiarios | <input type="checkbox"/> Realizar reuniones para corroborar la operatividad del Programa sea de acuerdo a lo establecido en las ROP |
| <input type="checkbox"/> Firma de informe de Distribución Municipal | <input type="checkbox"/> Confirmar que los productos alimentarios se reciban Conforme a lo asignado por el SMDIF en cantidad y Calidad |
| <input type="checkbox"/> Verificar que la cuota de recuperación NO sean incrementada | <input type="checkbox"/> Corroborar que los insumos alimentarios estén en buen estado físico, almacenado en un lugar específico con las medidas de higiene adecuadas, dentro del centro escolar |
| <input type="checkbox"/> Días a beneficiar sean los establecidos | <input type="checkbox"/> Los insumos alimentarios no sean derivados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el Programa |
| <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de las/los beneficiados | <input type="checkbox"/> Los insumos alimentarios no sean derivados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el Programa |
| <input type="checkbox"/> Que las niñas y los niños beneficiados consuman su desayuno de lunes a viernes dentro de la escuela o desayunador escolar | |

6.- En las siguientes preguntas señale que piensa sobre las actividades que realiza el Comité de Participación Social

| | SI | NO | No Sabe |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 ¿El Programa operó correctamente, conforme a las reglas de operación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 ¿Detectaron que el programa se utilizó con fines políticos, electorales, de Lucro u otros distintos a su objetivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Después de realizar la supervisión del Programa ¿Considera que cumple Con lo que el programa les informó que se les entregaría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 ¿De acuerdo con la información proporcionada por los responsables de Los programas alimentarios, todas las personas cumplen con los requisitos Para ser beneficiarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del programa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 ¿El programa cumple con el principio de igualdad entre mujeres y hombres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿En la elección de integrantes de Comités de Participación Social, tienen la misma posibilidad de ser electos mujeres y hombres? | | | |
| SI | NO | ¿Por qué? | _____ |

8.- ¿Has realizado alguna sugerencia, queja o denuncia?
SI NO

OBSERVACIONES

Nombre cargo y firma del entrevistador/a

Nombre, cargo y firma del/la integrante del Comité de Participación Social

1.4.6 CARTA COMPROMISO Y EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
CARTA COMPROMISO DE PADRES DE FAMILIA DE CORRESPONSABILIDAD DEL
PROGRAMA ALIMENTARIO DESAYUNO ESCOLAR FRÍO
CICLO ESCOLAR**

En el Municipio de **(MUNICIPIO)**, Estado de Hidalgo; siendo las: ___ horas del día ___ del mes de _____ del año _____, reunidos en las instalaciones del Centro Escolar:

Preescolar: _____ Clave SEP: _____

Primaria: _____ Clave SEP: _____

En presencia de (Autoridades Educativas de la Comunidad, personal del Sistema DIF Municipal, Integrantes del Comité de Participación Social, Madres y Padres de familia) según lista anexa, para tratar como único punto el **COMPROMISO DEL BENEFICIARIO POR PERTENECER AL PADRÓN DEL PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR FRÍO.**

Asimismo, tengo conocimiento que la inscripción para que mi hija(o) sea beneficiario se realiza únicamente de manera anual al inicio del Ciclo Escolar.

Me comprometo a que mi hija(o) permanezca dentro de la Matrícula del Programa Desayuno Escolar Frío durante el Ciclo Escolar.

Alumna(o): _____

Grado: _____ Grupo: _____

Nombre de la madre, padre de familia o tutor: _____

Teléfono de Contacto: _____

A la presente deberá anexar copia del INE por ambos lados de la Madre, Padre de Familia o Tutor y esta deberá ser integrada al expediente del beneficiario.

1



NOMBRE COMPLETO
Presidenta (e) del Sistema Municipal
DIF de _____, Hidalgo.
(Nombre del Municipio, Firma y sello)

Autoridad Educativa
(Nombre, firma, sello)

Madre, Padre de Familia o Tutor
(Nombre, firma)

Integrante de Comité de Participación Social
(Nombre, cargo, firma)



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA PEGADO DE ETIQUETAS
DESAYUNO ESCOLAR FRÍO
CICLO ESCOLAR

Municipio: _____

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

| |
|--|
| |
|--|

Localidad y Centro Escolar:

NOTA: ENVIAR ESTE ARCHIVO DE FORMA MAGNÉTICA

Nombre y Firma del Responsable
del Programa Desayunos Escolares Fríos

Nombre, firma y sello de la
Presidenta del Sistema DIF Municipal

1.4.8 INFORME MENSUAL DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
PROGRAMA DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE
REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCIÓN

| | | |
|------------|--|--|
| Mes: | | ¡IMPORTANTE! Responsable del Municipio de Programa Desayunos Escolares Calientes, de acuerdo a reglas de operación vigente, deberá entregar este reporte los primeros 5 días de cada mes, debidamente sellado y firmado. Solo se aceptarán sellos de las escuelas beneficiadas. |
| Municipio: | | |
| Localidad: | | |

| | | | |
|--|-------|--|-------|
| Nombre del Preescolar atendido: | | Nombre de la Primaria atendida: | |
| Niños | Niñas | Niños | Niñas |
| | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| Niños Indígenas en Preescolar | | Niños Indígenas en Primaria | |
| Niños | Niñas | Niños | Niñas |
| | | | |

| Insumos | Unidad de Medida | Semana: 1 | | Semana: 2 | | Semana: 3 | | Semana: 4 | |
|---|------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| | | Días | Periodo: | Días | Periodo: | Días | Periodo: | Días | Periodo: |
| | | | | | | | | | |
| 3 tomatate tipo huague/bola | Kilo | | | | | | | | |
| Calabaza tipo tallana/bola categoría México extra | Kilo | | | | | | | | |
| Chayote sin espinas tipo orizaba categoría México extra | Kilo | | | | | | | | |
| Ejote fresco categoría México extra | Kilo | | | | | | | | |
| Pepino México extra | Kilo | | | | | | | | |
| Chicharos frescos | Kilo | | | | | | | | |
| Zanahoria tipo celaya | Kilo | | | | | | | | |
| Naranja fruta de temporada | Kilo | | | | | | | | |
| Leche descremada ultra pasteurizada adicionada con vitamina A y D | Libra | | | | | | | | |
| Aroz super extra bolsa de 500 g | Bolsa | | | | | | | | |
| Atun aleta amarilla en agua lata de 140 g drena de 100g | Lata | | | | | | | | |
| Avena en hojuelas categoría primera bolsa de 500 g | Bolsa | | | | | | | | |
| Frijol negro tipo bola categoría primera bolsa de 500 g | Bolsa | | | | | | | | |
| Carbazo seco categoría primera bolsa de 500 g | Bolsa | | | | | | | | |
| Lenteja en grano categoría primera bolsa de 500 g | Bolsa | | | | | | | | |
| Copa de pasta integral paquete de 200 g | Bolsa | | | | | | | | |
| Carrolla en salsa de tomate lata de 425g, masa drena de 280 g | Lata | | | | | | | | |

Nota: No olvidar que deberá incluir memoria fotográfica en el siguiente formato, así como las fotografías originales al correo de Desayunos Calientes (dcdifgo@gmail.com)

NOMBRE, CARGO DEL RESPONSABLE QUE ENTREGA POR SMDIF

NOMBRE COMPLETO, FIRMA CONTRALORIA MUNICIPAL

NOMBRE, CARGO Y SELLO DE PRESIDENTA/DIRECTORA DEL SMDIF

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CARGO DEL REPRESENTANTE DEL COMITE.

Anexar copia B6 por arriba a Lado

1.4.9 CEDULA DE BENEFICIARIOS

ID _____

PROGRAMA: _____ Fecha _____

| DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO | | |
|----------------------------------|------------------------|----------------------------|
| CURP _____ | RFC _____ | |
| APELLIDO PATERNO _____ | APELLIDO MATERNO _____ | NOMBRE (S) _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | SEXO _____ | ESTADO DE NACIMIENTO _____ |
| HOMBRE () MUJER () | | |
| PAÍS DE ORIGEN _____ | ESTADO CIVIL _____ | |

| DOMICILIO DONDE RESIDE | | |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ESTADO _____ | MUNICIPIO DEL BENEFICIARIO _____ | LOCALIDAD DEL BENEFICIARIO _____ |
| TIPO DE ASENTAMIENTO _____ | NOMBRE DE ASENTAMIENTO _____ | CODIGO POSTAL _____ |
| TIPO DE VIALIDAD _____ | NOMBRE DE VIALIDAD _____ | |
| NÚM. EXT. _____ | NÚM. INT. _____ | DESCRIPCIÓN DEL DOMICILIO _____ |
| ENTRE VIALIDADES: _____ | ANTERIOR _____ | POSTERIOR _____ |
| | | CIUDAD DE ORIGEN _____ |

| EXPEDIENTE SOCIOECONÓMICO | |
|---|--------------------------------------|
| NIVEL DE ESTUDIOS (DEL BENEFICIARIO): _____ | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD SOCIAL: _____ | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD FAMILIAR: _____ | |
| PARENTESCO CON EL JEFE DE FAMILIA _____ | ES JEFE DE FAMILIA SI () NO () |
| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE _____ | |
| CONDICIÓN ÉTNICA DEL BENEFICIARIO: _____ | |
| HABLA LENGUA INDÍGENA SI () NO () _____ | FAMILIA INDÍGENA SI () NO () _____ |
| LA CASA DEL BENEFICIARIO CUENTA CON: BAÑO () LETRINA () _____ | |
| INGRESO FAMILIAR MENSUAL: _____ | |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera parte de una comunidad indígena? | SI () NO () |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera afroamericano(a) o afrodescendiente? | SI () NO () |
| ¿Es persona que abandona el lugar en que nació y llega al Estado para establecerse en él de manera temporal o definitiva? | SI () NO () |
| ¿En los últimos 3 meses sufrió algún tipo de violencia? | SI () NO () |

| DATOS PÚBLICOS | |
|--|---------------------|
| IMPORTANTE: Especifique si el Beneficiario o Tutor del Beneficiario acepta que sean publicados sus datos en el Padrón de Beneficiarios de Gobierno del Estado de Hidalgo: | |
| ACEPTA _____ () | NO ACEPTA _____ () |
| Nombre y firma de quien autoriza o no, que se publiquen los datos: | |

1.5. FORMATOS DEL PROGRAMA ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

1.5.1 CEDULA DE RESPONSABLE DEL PROGRAMA EAEYD

| | | |
|---|--|--|
|  |  | SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO CÉDULA DE RESPONSABLE |
| MUNICIPIO: _____ | |  <p>FOTOGRAFÍA DEL RESPONSABLE</p> |
| NOMBRE: _____ | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ | | |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: | | |
| CELULAR: _____ | | |
| OFICINA: _____ Ext. _____ | | |
| E-MAIL: _____ | | |
| DIRECCIÓN PARTICULAR: _____ | | |
| DIRECCIÓN SMDIF: _____ | | |
| ESCOLARIDAD: _____ | | |
| EXPERIENCIA LABORAL: _____ | | |
| | | |
| FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SMDIF: _____ | | |
| | | |
| NOMBRAMIENTO A PARTIR DE: _____ | | |
| | | |
| NOMBRE Y FIRMA PRESIDENTA (E)/DIRECTOR (A) DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF |  <p>SELLO SMDIF</p> | RESPONSABLE PROGRAMA NOMBRE Y FIRMA |
| | | Vo.Bo. SEDIF |

*Anexar copia del INE y nombramiento oficial



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 CÉDULA DE SEGUIMIENTO A LOS COMITÉS COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

6.- En las siguientes preguntas marque con una X, si las actividades que realiza el Comité Comunitario de Participación Social se llevaron a cabo:

| | SI | NO | NO SABE |
|---|----|----|---------|
| ¿El Programa operó correctamente, conforme a las Reglas de Operación? | | | |
| ¿Detectaron que el programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? | | | |
| Después de realizar la supervisión del programa ¿considera que el programa cumple con la Normativa? | | | |
| ¿De acuerdo con la información proporcionada por los responsables del programa, todas las personas cumplen con los requisitos para ser beneficiarios? | | | |
| ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del programa? | | | |
| ¿Entregaron las quejas y/o denuncias a la autoridad competente? | | | |
| ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | | | |
| ¿El programa cumple con el principio de igualdad entre mujeres y hombres? | | | |
| ¿La población beneficiada consume sus alimentos con forma a lo establecido? | | | |

7.- En la elección de integrantes de Comités Comunitarios de Participación Social, ¿tienen la misma posibilidad de ser electos mujeres y hombres?

Si No ¿Por qué? _____

8.- ¿Han realizado alguna queja, sugerencia o denuncia?

Si No

COMENTARIOS

 Nombre cargo y firma del entrevistador (a) municipal

 Nombre, cargo y firma del o la integrante del Comité Comunitario de Participación Social

1.5.4 CEDULA DE BENEFICIARIO DE EAEYD

Cédula SIEB

| SISTEMA DIF MUNICIPAL DE (NOMBRE DEL MUNICIPIO) CÉDULA DE BENEFICIARIOS SIEB | | LOGO DIF MUNICIPAL |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| PROGRAMA: _____ | ID _____ | Fecha _____ |
| DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO | | |
| CURP _____ | RFC _____ | NOMBRE (S) _____ |
| APELLIDO PATERNO _____ | APELLIDO MATERNO _____ | |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | SEXO HOMBRE () MUJER () | ESTADO DE NACIMIENTO _____ |
| PAÍS DE ORIGEN _____ | IN _____ | ESTADO CIVIL _____ |
| DOMICILIO DONDE RESIDE | | |
| ESTADO _____ | MUNICIPIO DEL BENEFICIARIO _____ | LOCALIDAD DEL BENEFICIARIO _____ |
| TIPO DE ASENTAMIENTO _____ | NOMBRE DE ASENTAMIENTO _____ | CODIGO POSTAL _____ |
| TIPO DE VIALIDAD _____ | NOMBRE DE VIALIDAD _____ | |
| NÚM. EXT. _____ | NÚM. INT. _____ | DESCRIPCIÓN DEL DOMICILIO _____ |
| ENTRE VIALIDADES: _____ | ANTERIOR _____ | POSTERIOR _____ |
| | | CIUDAD DE ORIGEN _____ |
| EXPEDIENTE SOCIOECONÓMICO | | |
| NIVEL DE ESTUDIOS (DEL BENEFICIARIO): TIPO DE _____ | | |
| VULNERABILIDAD SOCIAL: _____ | | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD FAMILIAR: _____ | | |
| PARENTESCO CON EL JEFE DE FAMILIA _____ | | |
| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE _____ | | |
| ES JEFE DE FAMILIA SI () NO () _____ | | |
| CONDICIÓN ÉTNICA DEL BENEFICIARIO: | | |
| HABLA LENGUA INDÍGENA SI () NO () _____ | | |
| DEL BENEFICIARIO CUENTA CON: BAÑO () LETRINA () _____ | | |
| FAMILIA INDÍGENA SI () NO () LA CASA _____ | | |
| INGRESO FAMILIAR MENSUAL: | | |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera parte de una comunidad indígena? _____ | | |
| SI () NO () _____ | | |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera afroamericano(a) o afrodescendiente? _____ | | |
| SI () NO () _____ | | |
| ¿Es persona que abandona el lugar en que nació y llega al Estado para establecerse en él de manera _____ | | |
| temporal o definitiva? _____ | | |
| SI () NO () _____ | | |
| ¿En los últimos 3 meses sufrió algún tipo de violencia? _____ | | |
| SI () NO () _____ | | |
| DATOS PÚBLICOS | | |
| IMPORTANTE: Especifique si el Beneficiario o Tutor del Beneficiario acepta que sean publicados sus datos en el Padrón de Beneficiarios de Gobierno del Estado de Hidalgo: _____ | | |
| ACEPTA () NO ACEPTA () _____ | | |
| Nombre y firma de quien autoriza o no, que se publiquen los datos: _____ | | |

1.5.6 NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLE DE

| | |
|--|-----------------|
| LOGO 1 MUNICIPIO | LOGO 1 SMDIF |
| <p>L.A.E ZOYLA FLORES GUZMAN PRESENTE</p> <p>Con fundamento de lo dispuesto por los artículos 144 fracción VIII de la constitución política del Estado de Hidalgo, referente a las obligaciones y facultades conferidas que, como Presidenta del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del municipio); se expide el presente NOMBRAMIENTO que la acredita como:</p> <p><i>Responsable del Programa Desayuno Escolar Frío del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del mpio.), Hgo. Para el período comprendido del año</i></p> <p>-----</p> <p>A partir del 00 de mes de año. Exhortándole a cumplir responsablemente con el cargo que se le confiere.</p> <p>ATENTAMENTE</p> <p>LIC. ROMULO SANCHEZ PEREZ PRESIDENTE MUNICIPAL MUNICIPIO, HGO.</p> | |

EAEYD

1.5.7 CUADERNILLO DE OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL COMITÉ DE EAEYD



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____

SE RECIBE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA DIF HIDALGO Y DE LA DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS, LA CANTIDAD _____ CUADERNILLOS DE APOYO PARA LA OPERACIÓN DE COMITÉS COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

| DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS | DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES | ASISTENCIA ALIMENTARIA A SUJETOS VULNERABLES | ASISTENCIA ALIMENTARIA A SUJETOS VULNERABLES CON DISCAPACIDAD |
|---------------------------|-------------------------------|--|---|
|---------------------------|-------------------------------|--|---|

RECIBE: _____
 PRESIDENTE: _____
 NOMBRE Y FIRMA _____

VOCAL 1: _____
 NOMBRE Y FIRMA _____

VOCAL 2: _____
 NOMBRE Y FIRMA _____

 SISTEMA DIF MUNICIPAL NOMBRE Y FIRMA

1.5.8 INFORME MENSUAL DE EAEYD

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO
CONTROL DIARIO DE RACIONES OTORGADAS 2023



Este registro se deberá llenar diariamente. LOCALIDAD: _____ MES: _____

| Día | Fecha | BENEFICIARIOS | | | | | | | | PROMEDIO | RACIONES | | | | TOTAL | INGRESOS |
|-----|--------------------------|-----------------------|--------|---------------------------|--------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|----------|-------------------------|-----------------------------|-----------|-------------------|-------|---------------------|
| | | MENORES | | ADOLESCENTES | | ADULTOS | | ADULTOS MAYORES | | | MINORES | ADOLESCENTES | ADULTOS | ADULTOS MAYORES | | |
| | | Preescolar - Primaria | | Secundaria - Bachillerato | | ADULTOS | | ADULTOS MAYORES | | | (Preescolar - primaria) | (Secundaria - Bachillerato) | (Adultos) | (Adultos Mayores) | | |
| | | NIÑAS | NIÑOS | M | H | M | H | M | H | | | | | | | |
| | | Costo de recuperación | \$4.00 | Costo de recuperación | \$0.00 | Costo de recuperación | \$10.00 | Costo de recuperación | \$10.00 | | | | | | | |
| 1 | 24-ago-20 | 0 | 0 | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 2 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 3 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 4 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 5 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 6 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 7 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 8 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 9 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 10 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 11 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 12 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 13 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 14 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 15 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 16 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 17 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 18 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 19 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 20 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 21 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 22 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 23 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 24 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 25 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 26 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 27 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 28 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 29 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 30 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 31 | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \$ - |
| 31 | Total de días Trabajados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | RACIONES DONADAS POR MES | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | INGRESO \$ - |
| | TOTAL DE BENEFICIARIOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EGRESO \$ 30,684.25 |
| | PROMEDIOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | SALDO -\$ 30,684.25 |

1.5.9 FORMATOS DEL PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.

1.6. CEDULA DE BENEFICIARIOS ADULTOS MAYORES

SISTEMA DIF MUNICIPAL DE (NOMBRE DEL MUNICIPIO)
CÉDULA DE BENEFICIARIOS SIEB

LOGO DIF MUNICIPAL

PROGRAMA: _____ Fecha: _____ ID: _____

| DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO | | |
|---|----------------------------|----------------------------------|
| CURP | RFC | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (\$) |
| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | ESTADO DE NACIMIENTO |
| PAÍS DE ORIGEN | HOMBRE () MUJER () | ESTADO CIVIL |
| DOMICILIO DONDE RESIDE | | |
| ESTADO | MUNICIPIO DEL BENEFICIARIO | LOCALIDAD DEL BENEFICIARIO |
| TIPO DE ASENTAMIENTO | NOMBRE DE ASENTAMIENTO | CODIGO POSTAL |
| TIPO DE VIALIDAD | NOMBRE DE VIALIDAD | |
| NÚM. EXT. | NÚM. INT. | DESCRIPCIÓN DEL DOMICILIO |
| ENTRE VIALIDADES: | ANTERIOR | POSTERIOR |
| | | CIUDAD DE ORIGEN |
| EXPEDIENTE SOCIOECONÓMICO | | |
| NIVEL DE ESTUDIOS (DEL BENEFICIARIO): _____ | | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD SOCIAL: _____ | | |
| TIPO DE VULNERABILIDAD FAMILIAR: _____ | | |
| PARENTESCO CON EL JEFE DE FAMILIA | | ES JEFE DE FAMILIA SI () NO () |
| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE: _____ | | |
| CONDICIÓN ÉTNICA DEL BENEFICIARIO: _____ | | |
| HABLA LENGUA INDÍGENA SI () NO () | | FAMILIA INDÍGENA SI () NO () |
| LA CASA DEL BENEFICIARIO CUENTA CON: BAÑO () LETRINA () | | |
| INGRESO FAMILIAR MENSUAL: _____ | | |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera parte de una comunidad indígena? | | SI () NO () |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera afroamericano(a) o afrodescendiente? | | SI () NO () |
| ¿Es persona que abandona el lugar en que nació y llega al Estado para establecerse en él de manera temporal o definitiva? | | SI () NO () |
| ¿En los últimos 3 meses sufrió algún tipo de violencia? | | SI () NO () |
| DATOS PÚBLICOS | | |
| IMPORTANTE: Especifique si el Beneficiario o Tutor del Beneficiario acepta que sean publicados sus datos en el Padrón de Beneficiarios de Gobierno del Estado de Hidalgo: | | |
| ACEPTA () | NO ACEPTA () | |
| Nombre y firma de quien autoriza o no, que se publiquen los datos: | | |

1.6.1 CEDULA DE RESPONSABLE DE ADULTOS MAYORES



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES
CÉDULA DE RESPONSABLE DE PROGRAMA

AÑO _____

MUNICIPIO: _____ FECHA DE ELABORACIÓN: _____

NOMBRE: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO:

CELULAR: _____

CASA: _____

OFICINA: _____ Ext: _____

E-MAIL: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____

DIRECCIÓN SMDIF: _____

EXPERIENCIA LABORAL: _____

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SMDIF: _____

NOMBRAMIENTO A PARTIR DE: _____

NOTA ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR DEL SISFO NAJAMEE, PROGRAMA Y NOMBRAMIENTO

PRESIDENTE DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF
NOMBRE Y FIRMA



RESPONSABLE PROGRAMA
NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo. SEDIF

1.6.2 NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLE DE ADULTOS MAYORES



T.S. AURORA JUAREZ JAUREGUI
P R E S E N T E

Con fundamento de lo dispuesto por los artículos 144 fracción VIII de la constitución política del Estado de Hidalgo, referente a las obligaciones y facultades conferidas que, como Presidenta del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del municipio); se expide el presente **NOMBRAMIENTO** que la acredita como:

**Responsable del Programa Asistencia Social
Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria, Adultos Mayores del Sistema
Municipal para el Desarrollo Integral de la
Familia de (nombre del mpio.), Hgo. Para el
período comprendido del año _____**

A partir del 00 de mes de año. Exhortándole a cumplir responsablemente con el cargo que se le confiere.

ATENTAMENTE

**LIC.
PRESIDENTE MUNICIPAL
MUNICIPIO, HGO.**

1.6.3 FORMATO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS DE ADULTOS MAYORES



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES
 HÁBITOS ALIMENTARIOS ADULTOS MAYORES

Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA-SF®)

Objetivo:

Instrucciones:

• Aplique el cuestionario indicando la puntuación para cada pregunta en cada cuadro de la derecha. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque con X el resultado de la interpretación de su score. Marque e identifique el estado nutricional de la persona mayor.

Datos de la persona mayor

Nombre completo: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Residencia: _____ Municipio: _____

Cribaje

| Preguntas | Puntaje |
|--|---|
| A. ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? | 0 = Ha comido mucho menos. 1 = Ha comido menos. 2 = Ha comido igual. <input type="checkbox"/> |
| B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) | 0 = Pérdida de peso > 3 kg. 1 = No lo sabe. 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = No ha habido pérdida de peso. <input type="checkbox"/> |
| C. Movilidad | 0 = De la cama al sillón. 1 = Autonomía en el interior. 2 = Sale del domicilio. <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? | 0 = Sí. 2 = No. <input type="checkbox"/> |
| E. Problemas neuropsicológicos | 0 = Demencia o depresión graves. 1 = Demencia leve o moderada. 2 = Sin problemas psicológicos. <input type="checkbox"/> |
| F1. Índice de masa corporal (IMC = peso (en kg) / (talla en metros) ²) | 0 = IMC < 19 kg/m ² . 1 = 19 = IMC < 21 kg/m ² . 2 = 21 = IMC < 23 kg/m ² . 3 = IMC = 23 kg/m ² . <input type="checkbox"/> |
| Si el índice de masa corporal no está disponible, por favor sustituya la pregunta F1 con la F2. No conteste la pregunta F2 si ha podido contestar a la F1. | |
| F2. Circunferencia de la pantorrilla izquierda (CF) en cm. | 0 = < 31 cm. 3 = > 31 cm. <input type="checkbox"/> |

Interpretación:

Marque con una X de acuerdo al resultado obtenido

- Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos
- Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos
- Desnutrición: 0 - 7 puntos

Referencia:

• Adaptado y traducido de: Kaiser MJ, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13(6):782. PMID: 19612808.

Este material es propiedad de DIF Hidalgo y no puede ser utilizado sin el consentimiento escrito de DIF Hidalgo. Se permite su uso educativo con fines académicos, siempre y cuando se cite a DIF Hidalgo como fuente de información.



1.6.4 CEDULA DE FOCALIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES
 CÉDULA DE FOCALIZACIÓN Y COBERTURA 2023

MUNICIPIO:

ESTADO:

| Clave de localidad | Localidad | Grado de Marginación | Localidad Indígena Si/No | 60 Años en adelante | | |
|--------------------|-----------|----------------------|--------------------------|---------------------|---------|-------|
| | | | | Hombres | Mujeres | Total |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Totales: | | | | 0 | 0 | 0 |

NOTA: LA CLAVE DEBERÁ COINCIDIR CON EL REGISTRO DE INEGI

| | Población Indígena | Población no Indígena |
|---------|--------------------|-----------------------|
| Hombres | | |
| Mujeres | | |
| Total | | |

 Presidente/Presidenta Director/Directora
 del Sistema Municipal DIF

Sello SMDIF

 Responsable del programa
 del Sistema Municipal DIF



1.6.5 ACTA COMITÉ DE ADULTOS MAYORES



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
**ACTA DE INTEGRACIÓN DE COMITÉ COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL INTEGRADO
POR BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ALIMENTARIO ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A
PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES**

En la localidad de _____, municipio de _____,
siendo las _____ hrs. del día _____ del mes de _____ del año _____,
reunidos en _____, las autoridades de la localidad,
Sistema DIF Municipal y beneficiarios del programa, para tratar como único punto la elección
democrática del **Comité Comunitario de Participación Social**, éste queda conformado de la
siguiente manera:

| Nombre | Cargo | Teléfono |
|----------------------|----------------|----------------------|
| <input type="text"/> | Presidente (a) | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Primer Vocal | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Segundo Vocal | <input type="text"/> |

A fin de fortalecer la operación del proyecto: Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Adultos Mayores

El Comité Comunitario de Participación Social operará durante el año **20**____ involucrándose en las labores organizativas del Proyecto Alimentario y tendrá como compromiso principal vigilar las siguientes acciones:

Funciones de los integrantes del Comité Comunitario de Participación Social:

- 1) Verificar las dotaciones alimentarias, se reciban conforme a lo asignado por el SEDIFH.
- 2) Que la dotación alimentaria esté en buen estado físico.
- 3) Que la dotación sea entregada mensualmente a los beneficiarios de la localidad.
- 4) Que el apoyo alimentario no sea desviado para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos por el programa.
- 5) Reportar al Sistema Estatal y/o Municipal cualquier anomalía en forma inmediata.
- 6) Participar en caso de desastres naturales.

Así mismo se manifiesta que el Sistema Municipal DIF se compromete a capacitar en materia de participación social y nutrición a los integrantes de este Comité, con la finalidad de que realicen adecuadamente sus distribuciones.

Dando así cumplimiento a las políticas y lineamientos para la operación de los Programas de la Estrategia Integral de Asistencia Alimentaria.

No habiendo otro asunto que tratar se da por concluida la presente acta siendo las _____ hrs. del mismo día de inicio firmando y sellando al calce los que en ella intervinieron.



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
ACTA DE INTEGRACIÓN DE COMITÉ COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL INTEGRADO
POR BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ALIMENTARIO ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A
PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES**

Los integrantes del Comité deberán estar registrados en la lista de asistencia.
A la presente se deberá anexar:
Lista de asistentes con sello de la localidad y SMDIF.

Copia del INE por ambos lados de las personas que integran el Comité Comunitario de Participación Social y del Delegado de la localidad.

Presidente (a) o Director (a) del
Sistema Municipal DIF (Nombre, firma,
sello)

Autoridad de la localidad
(Nombre, firma, sello)

Integrantes de Comité Comunitario de Participación Social

Presidente (a) del Comité de Participación
Social
(Nombre, Firma, Sello)

Primer Vocal
(Nombre, firma)

Segundo vocal
(Nombre, firma)

SISITEMAM SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CÉDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL
PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES

5.- ¿Qué actividades realizan como Comité comunitario de Participación Social?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recepción y Distribución de dotaciones alimentarias a beneficiarios | <input type="checkbox"/> Realizar reuniones para corroborar la operatividad del Programa sea de acuerdo a lo establecido en las ROP |
| <input type="checkbox"/> Firma de Informe de Distribución Municipal | <input type="checkbox"/> Confirmar que los productos alimentarios se reciban conforme a lo asignado por el SMDIF en cantidad y calidad |
| <input type="checkbox"/> Verificar que la cuota de recuperación NO sea incrementada | <input type="checkbox"/> Los insumos alimentarios no sean desviados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el Programa |
| <input type="checkbox"/> Días a beneficiar sean los establecidos | |
| <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los beneficiarios | |

6.- En las siguientes preguntas señale que piensa sobre las actividades que realiza el Comité de Participación Social

| | SI | NO | No Sabe |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 ¿El Programa operó correctamente, conforme a las reglas de operación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 ¿Detectaron que el programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Después de realizar la supervisión del Programa ¿Considera que cumple con lo que el programa les informó que se les entregaría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 ¿De acuerdo con la información proporcionada por los responsables de los programas alimentarios, todas las personas cumplen con los requisitos para ser beneficiarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del programa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 ¿El programa cumple con el principio de igualdad entre mujeres y hombres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.- ¿En la elección de integrantes de Comités de Participación Social, tienen la misma posibilidad de ser electos mujeres y hombres?
 Si NO ¿Por qué? _____

8.- ¿Has realizado alguna sugerencia, queja o denuncia?
 Si NO

OBSERVACIONES

Nombre cargo y firma del
 representante/a

Nombre, cargo y firma de/la integrante
 del Comité de Participación Social

SELO DEL
 SMDIF

1.6.7 FORMATO DE CUADERNILLO DE OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL COMITÉ DE ADULTOS MAYORES




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
RECIBO DE ENTREGA CUADERNILLOS

MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____

SE RECIBE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA DIF HIDALGO Y DE LA SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS, LA CANTIDAD _____ CUADERNILLOS DE APOYO PARA LA OPERACIÓN DE COMITES COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

| DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS | DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES | ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES | ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD |
|---------------------------|-------------------------------|---|--|
| RECIBE: | | | |
| PRESIDENTE: | _____ | | |
| | NOMBRE Y FIRMA | | |
| VOCAL 1: | _____ | | |
| | NOMBRE Y FIRMA | | |
| VOCAL 2: | _____ | | |
| | NOMBRE Y FIRMA | | |
| | | Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF | |



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA
A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES
VALIDACIÓN DE ENTREGA
AÑO _____

MUNICIPIO: _____
MES A OPERAR: _____

| |
|-------------------|
| SELO DE LOCALIDAD |
|-------------------|

| LOCALIDAD | Nº DE BENEFICIARIOS |
|-----------|---------------------|
| | |

| |
|-----------------------|
| SELO DE DIF MUNICIPAL |
|-----------------------|

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACION SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| |
|-------------------|
| SELO DE LOCALIDAD |
|-------------------|

| LOCALIDAD | Nº DE BENEFICIARIOS |
|-----------|---------------------|
| | |

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACION SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| |
|-------------------|
| SELO DE LOCALIDAD |
|-------------------|

| LOCALIDAD | Nº DE BENEFICIARIOS |
|-----------|---------------------|
| | |

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACION SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA

 Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF

1.6.9 FORMATOS DEL PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

1.7. ACTA COMITÉ DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

15.2 Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, Personas con Discapacidad



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
ACTA DE INTEGRACIÓN DE COMITÉ COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
INTEGRADO POR BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ALIMENTARIO
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD**

En la localidad de: _____, municipio de: _____, del año _____, siendo las _____ hrs. del día _____ del mes de _____,

reunidos en _____ las autoridades de la localidad, Sistema DIF Municipal y beneficiarios del programa, para tratar como único punto la elección democrática del Comité Comunitario de Participación Social, éste queda conformado de la siguiente manera:

| Nombre | Cargo | Teléfono |
|----------------------|----------------|----------------------|
| <input type="text"/> | Presidente (a) | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Primer Vocal | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Segundo Vocal | <input type="text"/> |

A fin de fortalecer la operación del proyecto: Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria personas con Discapacidad.

El Comité Comunitario de Participación Social operará durante el año **20** involucrándose en las labores organizativas del Proyecto Alimentario y tendrá como compromiso principal vigilar las siguientes acciones:

Funciones de los integrantes del Comité Comunitario de Participación Social:

- 1) Verificar las dotaciones alimentarias, se reciban conforme a lo asignado por el SEDIFH.
- 2) Que la dotación alimentaria esté en buen estado físico.
- 3) Que la dotación sea entregada mensualmente a los beneficiarios de la localidad.
- 4) Que el apoyo alimentario no sea desviado para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos por el programa.
- 5) Reportar al Sistema Estatal y/o Municipal cualquier anomalía en forma inmediata.
- 6) Participar en caso de desastres naturales.

Así mismo se manifiesta que el Sistema Municipal DIF se compromete a capacitar en materia de participación social y nutrición a los integrantes de este Comité, con la finalidad de que realicen adecuadamente sus atribuciones.

Dando así cumplimiento a las políticas y lineamientos para la operación de los Programas de la Estrategia Integral de Asistencia Alimentaria.

No habiendo otro asunto que tratar se da por concluida la presente acta siendo las _____ hrs. del mismo día de inicio firmando y sellando al calce los que en ella intervinieron.

Los integrantes del Comité deberán estar registrados en la lista de asistencia.

A la presente se deberá anotar:

Lista de asistentes con sello del centro escolar y SMDIF.

Copia del INE por ambos lados de las personas que integran el Comité Comunitario de Participación Social.

1.7.1 CEDULA DE FOCALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 CÉDULA DE FOCALIZACIÓN Y COBERTURA

ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

AÑO _____

Municipio: _____ Estado: 13 Hidalgo

| Clave Localidad | Localidad | Grado de Marginación | Población Vulnerable Adulta | | Población Vulnerable Menores | | TPO DISCAPACIDAD* |
|-----------------|-----------|----------------------|-----------------------------|---------|------------------------------|-------|-------------------|
| | | | Hombres | Mujeres | Niños | Niñas | |
| Totales: | | | 0 | 0 | 0 | 0 | |

NOTA: LA CLAVE DEBERIA COINCIDIR CON EL REGISTRO DE NEGI *DE ALBUERDUAL DIAGNOSTICO MEDICO

| Población no indígena | |
|-----------------------|--|
| Hombres | |
| Mujeres | |
| Total | |

Aprobó _____

Vo. Bo. SEDIFH _____

Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF

Sello SMDIF _____

Responsable del programa del Sistema Municipal DIF _____

1.7.2 CEDULA DE SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CÉDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL

PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El comité de Participación Social deberá llenar los datos generales y responder preguntas de conformidad con la información que conozca.

El comité lo integran: Número de Mujeres: Número de Hombres:

Comité Constituido: DIA MES AÑO Fecha de llenado: DIA MES AÑO

Nombre del integrante del C.P.S.: _____ Cargo: _____
Domicilio: _____ Colonia: _____
Municipio: _____ Localidad: _____
Programa Vigilado: _____

I.- Preguntas de Comité comunitario de Participación Social

1.- ¿Recibieron capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité de Participación Social?

SI NO

2.- En caso de no haber recibido capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité de Participación Social la han solicitado?

SI NO

3.- ¿Quién les proporciono la capacitación?

Órgano de Control Interno municipal Personal del SMDIF Otro:

4.- La información que conoce se refiere a (puede elegir más de una opción):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Objetivo del Programa | <input type="checkbox"/> Medidas de higiene y Manipulación de Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Población a beneficiar | <input type="checkbox"/> Documentos comprobatorios |
| <input type="checkbox"/> Cuota de recuperación | <input type="checkbox"/> Dependencia que aporta los recursos |
| <input type="checkbox"/> Días a beneficiar | <input type="checkbox"/> Integración y funciones del Comité de Participación Social |
| <input type="checkbox"/> Correcto almacenamiento y transporte de alimentos | <input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiado: Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (EMSA), Mayor de 60 años |
| <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de las y los beneficiarios | <input type="checkbox"/> Información para realizar (en caso de que las haya) quejas, sugerencias, denuncias al Comité de Participación Social |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y restricciones | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reglas de Operación | |



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
CÉDULA DE SEGUIMIENTO MUNICIPAL**

PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD

5.- ¿Qué actividades realizan como Comité comunitario de Participación Social?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recepción y Distribución de dotaciones alimentarias a beneficiarios. | <input type="checkbox"/> Realizar reuniones para corroborar la operatividad del Programa sea de acuerdo a lo establecido en las RDP |
| <input type="checkbox"/> Firma de Informe de Distribución Municipal | <input type="checkbox"/> Confirmar que los productos alimentarios se reciben conforme a lo asignado por el SMDIF en cantidad y calidad |
| <input type="checkbox"/> Verificar que la cuota de recuperación NO sea incrementada | <input type="checkbox"/> Los insumos alimentarios no sean desviados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el Programa |
| <input type="checkbox"/> Días a beneficiar sean los establecidos. | |
| <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los/los beneficiados | |

6.- En las siguientes preguntas señale que piensa sobre las actividades que realiza el Comité de Participación Social

| | SI | NO | No sabe |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 ¿El Programa operó correctamente, conforme a las reglas de operación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 ¿Detectaron que el programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Después de realizar la supervisión del Programa ¿Considera que cumple con lo que el programa les informó que se les entregaría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 ¿De acuerdo con la información proporcionada por los responsables de Los programas alimentarios, todas las personas cumplen con los requisitos Para ser beneficiarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del programa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 ¿El programa cumple con el principio de igualdad entre mujeres y hombres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.- ¿En la elección de integrantes de Comités de Participación Social, tienen la misma posibilidad de ser electos mujeres y hombres?

SI NO ¿Por qué? _____

8.- ¿Has realizado alguna sugerencia, queja o denuncia?

SI NO

OBSERVACIONES

Nombre cargo y firma del entrevistado/a

Nombre cargo y firma del/la integrante del Comité de Participación Social

SELLO DEL SMDIF

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA
A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES
VALIDACIÓN DE ENTREGA
AÑO _____

MUNICIPIO: _____

MES A OPERAR: _____



| LOCALIDAD | Nº DE BENEFICIARIOS |
|-----------|---------------------|
| | |



 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA



| LOCALIDAD | Nº DE BENEFICIARIOS |
|-----------|---------------------|
| | |

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA



| LOCALIDAD | Nº DE BENEFICIARIOS |
|-----------|---------------------|
| | |

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA

 Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF

1.7.4 NOMBRAMIENTO



**T.S. AURORA JUAREZ JAUREGUI
P R E S E N T E**

Con fundamento de lo dispuesto por los artículos 144 fracción VIII de la constitución política del Estado de Hidalgo, referente a las obligaciones y facultades conferidas que, como Presidenta del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del municipio); se expide el presente **NOMBRAMIENTO** que la acredita como:

**Responsable del Programa Asistencia
Social Alimentaria a Personas de
Atención Prioritaria, Personas con
Discapacidad del Sistema Municipal para
el Desarrollo Integral de la Familia de
(nombre del mpio.), Hgo. Para el período
comprendido del año _____**

A partir del 00 de mes de año. Exhortándole a cumplir responsablemente con el cargo que se le confiere.

ATENTAMENTE

**LIC.
PRESIDENTE MUNICIPAL
MUNICIPIO, HGO.**

1.7.5 Cedula del responsable

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÉDULA DE RESPONSABLE DE PROGRAMA

AÑO _____

MUNICIPIO: _____ FECHA DE ELABORACIÓN: _____

NOMBRE: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO:

CELULAR: _____

CASA: _____

OFICINA: _____ Ext. _____

E-MAIL: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____

DIRECCIÓN SMDIF: _____

EXPERIENCIA LABORAL: _____

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SMDIF: _____

NOMBRAMIENTO A PARTIR DE: _____

NOTA: ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA Y NOMBRAMIENTO

PRESIDENTA/E DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF
NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE PROGRAMA
NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo. SEDIF

1.7.6 FORMATO DE ENTREGA DE CUADERNILLO




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
RECIBO DE ENTREGA CUADERNILLOS

MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____

SE RECIBE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA DIF HIDALGO Y DE LA SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS, LA CANTIDAD _____ CUADERNILLOS DE APOYO PARA LA OPERACIÓN DE COMITES COMUNITARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

| DESAYUNOS ESCOLARES FRIOS | DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES | ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES | ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD |
|---------------------------|-------------------------------|---|---|
| RECIBE: | | | |
| PRESIDENTE: | _____ | | |
| | NOMBRE Y FIRMA | | |
| VOCAL 1: | _____ | | |
| | NOMBRE Y FIRMA | | |
| VOCAL 2: | _____ | | |
| | NOMBRE Y FIRMA | | |
| | | Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF | |

1.7.6 CEDULA DE FOCALIZACIÓN



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES
 CÉDULA DE FOCALIZACIÓN Y COBERTURA 2023

MUNICIPIO:

ESTADO:

| Clave de localidad | Localidad | Grado de Marginación | Localidad Indígena Si/No | 60 Años en adelante | | |
|--------------------|-----------|----------------------|--------------------------|---------------------|----------|----------|
| | | | | Hombres | Mujeres | Total |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Totales: | | | | 0 | 0 | 0 |

NOTA: LA CLAVE DEBERÁ COINCIDIR CON EL REGISTRO DE INEGI

| | Población Indígena | Población no Indígena |
|---------|--------------------|-----------------------|
| Hombres | | |
| Mujeres | | |
| Total | | |

 Presidente/Presidenta Director/Directora
 del Sistema Municipal DIF

Sello SMDIF

 Responsable del programa
 del Sistema Municipal DIF

1.7.8 FORMATOS DEL PROGRAMA ORIENTACION ALIMENTARIA

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y CALIDAD ALIMENTARIA
 ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA




CONCENTRADO MENSUAL DE TALLER

DIF MUNICIPAL: _____
 MES QUE REPORTA: _____
 TEMA (AS) IMPARTIDO (OS) _____

| No | NOMBRE DE LA LOCALIDAD | FECHA | NOMBRE DE LA ESCUELA | CLAVE ESCOLAR | PROGRAMA ALIMENTARIO Y/O GRUPO VULNERABLE | N° DE PADRES | N° DE MADRES | N° TOTAL DE ASISTENTES |
|----|------------------------|-------|----------------------|---------------|---|--------------|--------------|------------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |

 ELABORÓ
 RESPONSABLE MUNICIPAL
 NOMBRE Y FIRMA

 REVISÓ
 PRESIDENTA (E) / DIRECTOR (A)
 DIF MUNICIPAL

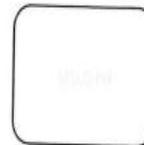
OEA_CMT_23

1.7.9 REPORTE DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y CALIDAD ALIMENTARIA
 ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA



CONCENTRADO MENSUAL DE PLÁTICA



DIF MUNICIPAL: _____
 MES QUE REPORTA: _____
 TEMA (AS) IMPARTIDO (OS) _____

| No | NOMBRE DE LA LOCALIDAD | FECHA | NOMBRE DE LA ESCUELA | CLAVE ESCOLAR | PROGRAMA ALIMENTARIO | N° DE NIÑOS | N° DE NIÑAS | N° DE ADULTOS (HOMBRES) | N° DE ADULTOS (MUJERES) | N° TOTAL DE ASISTENTES |
|----|------------------------|-------|----------------------|---------------|----------------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |

 ELABORÓ
 RESPONSABLE MUNICIPAL
 NOMBRE Y FIRMA

 REVISÓ
 PRESIDENTA (E) / DIRECTOR (A) DIF MUNICIPAL
 NOMBRE Y FIRMA

OEА_СМР_23

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y CALIDAD ALIMENTARIA
 ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA



LISTA DE ASISTENCIA

Municipio: _____

Responsable: _____

Programa alimentario y/o grupo vulnerable: PRIMEROS 1000 DÍAS ADULTO MAYOR PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSBC

Nombre del tema: _____

Fecha: _____



| No. | NOMBRE COMPLETO | LOCALIDAD | CURP/ FECHA DE NACIMIENTO | SEXO (M/H) | ESTADO DONDE NACIÓ | PERTENECE AL COMITÉ |
|-----|-----------------|-----------|---------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| 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 | | | | | | |
| 28 | | | | | | |
| 29 | | | | | | |
| 30 | | | | | | |

OEA_LA_23

1.7 NOMBRAMIENTO DEL ENCARGADO DEL PROGRAMA ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA



T.S. AURORA JUAREZ JAUREGUI
PRESENTE

Con fundamento de lo dispuesto por los artículos 144 fracción VIII de la constitución política del Estado de Hidalgo, referente a las obligaciones y facultades conferidas que, como Presidenta del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de (nombre del municipio); se expide el presente **NOMBRAMIENTO** que la acredita como:

**Responsable del Programa Asistencia Social
Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria, Adultos Mayores del Sistema
Municipal para el Desarrollo Integral de la
Familia de (nombre del mpio.), Hgo. Para el
período comprendido del año _____**

A partir del 00 de mes de año. Exhortándole a cumplir responsablemente con el cargo que se le confiere.

ATENTAMENTE

**LIC.
PRESIDENTE MUNICIPAL
MUNICIPIO, HGO.**

Y07 CAICS JUAREZ Y FRANCISCO I MADERO

INTRODUCCIÓN

Con fundamento en la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo Artículo 56 fracción I inciso b) y fracción II inciso a) en donde se indica; las dependencias de la Administración Pública Municipal deberán contar con manuales de organización, servicios y procedimientos y otros instrumentos para mejorar el desempeño de la administración;

De acuerdo con el Plan Municipal de Desarrollo 2023, el presidente Municipal Constitucional de Tulancingo de Bravo, el Lic. Cesáreo Jorge Márquez Alvarado establece el compromiso de hacer eficiente los servicios públicos, teniendo la certeza de contar con un gobierno municipal transparente y cercano a la gente.

El presente manual de procedimientos tiene como objetivo dar a conocer los principales procesos y procedimientos que se realizan en el Centro de Atención Infantil.

Asimismo, contiene la descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa, incluye los cargos y áreas que intervienen precisando su responsabilidad y participación.

En el Centro de Atención Infantil Francisco I. Madero y Juárez se atienden a pequeños en edad preescolar que requieren de cuidados, protección y al mismo tiempo verlos crecer es una alegría, es una corresponsabilidad de docentes y padres de familia asumir esta tarea, para así poder lograr que los pequeños desarrollen competencias y habilidades dentro de su desarrollo infantil.

En este apartado que corresponde al CAI se dará a conocer el procedimiento a seguir para que los alumnos ingresen o realicen la inscripción a la institución y así puedan cursar su educación preescolar.

OBJETIVO DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

El manual de procedimientos tiene como objetivo ser una herramienta de gestión que describa en forma pormenorizada y secuencial las operaciones para el funcionamiento de la institución, es un instrumento de medición que permite asegurar la calidad en los procesos y las técnicas para su buena ejecución.

Objetivos específicos:

- Facilitan la capacitación y adiestramiento del personal.
- Especifican las capacidades y responsabilidades de cada puesto de trabajo, de la organización.
- Proporcionan una visión integral de los procesos que componen las labores de la institución.
- Componen el historial de procedimientos de la organización, ganando luego valor documental.

MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 3 y 4. II.
- Constitución Política del Estado de Hidalgo, artículo 5. III.
- Ley General de Educación, artículos 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 32, 65 y 66. IV.
- Ley de Educación para el Estado de Hidalgo, artículos 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 62 y 63.
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el Estado de Hidalgo, Capítulo, Octavo, Noveno y Décimo. IX.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo.
- Ley de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como de los Organismos Descentralizados, del Estado de Hidalgo.
- Reglamento interior de la Administración Pública Municipal de Tulancingo de Bravo, Hgo.
- Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.
- Acuerdos de convivencia Expedidos DIF Estatal.
- Decreto de creación 2023

ATRIBUCIONES

CAPÍTULO IX

DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL “CAI”

Artículo 21.- Los Centros de Atención Infantil “CAI”, tienen como objetivo brindar una oferta educativa asistencial, integrando nuevos modelos educativos, metodologías de enseñanza y asistencia social, que impulsan excelencia y calidad de hijos de madres trabajadoras, jefes de familia y tutores, conforme a lo establecido en las reglas de operación del proyecto Centros de Atención Infantil (CAI), vigentes. Las Direcciones de los Centros de Atención Infantil tendrán las siguientes facultades y obligaciones:

I.- Brindar servicio educativo–asistencial a niñas y niños, el cual consistirá en el conjunto de acciones integradas, encaminadas a brindar educación preescolar, y servicios de protección física, social y psicológica;

II.- Serán beneficiarios de este servicio niñas y niños entre 3 años y 5 años 11 meses de edad que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad;

III.- Apoyar a las madres trabajadoras, jefes de familia y tutores que carezcan de los servicios asistenciales y educativos para el cuidado y formación integral de sus hijas e hijos, así como niñas y niños sujetos de tutela;

IV.- Vigilar que los integrantes de la plantilla de trabajo de los Centros de Atención Infantil se capaciten y desarrollen sus habilidades para brindar una atención integral;

V.- Vigilar que los integrantes de la plantilla de trabajo de los centros de atención infantil se capaciten y desarrollen sus habilidades para brindar una atención integral;

VI.- Gestionar ante los enlaces interinstitucionales la inclusión en programas estatales y federales;

VII.- Contribuir a mejorar la calidad interactiva de los niños, a través de estímulos que proporcionen la integración con su familia y la comunidad;

VIII.- Contribuir a la satisfacción de las necesidades sociales, emocionales y conductuales de las niñas y niños por falta de cuidado de sus padres a través de acciones realizadas con calidez y calidad para favorecer la expresión de ideas, sentimientos e integración grupal;

IX.- Fomentar la participación de niñas y niños en acciones de prevención y conservación de su salud y medio ambiente;

X.- Contribuir al desarrollo de su identidad personal, familiar y comunitaria para que puedan cumplir con sus responsabilidades como miembros de la sociedad; y

XI.- Brindar servicio de comedor fomentando el consumo de comida saludable como lo establece el menú cíclico.

Cada Centro de Atención Infantil contará con una directora, que se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las

actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos que se describen en el presente artículo.

DEFINICIONES

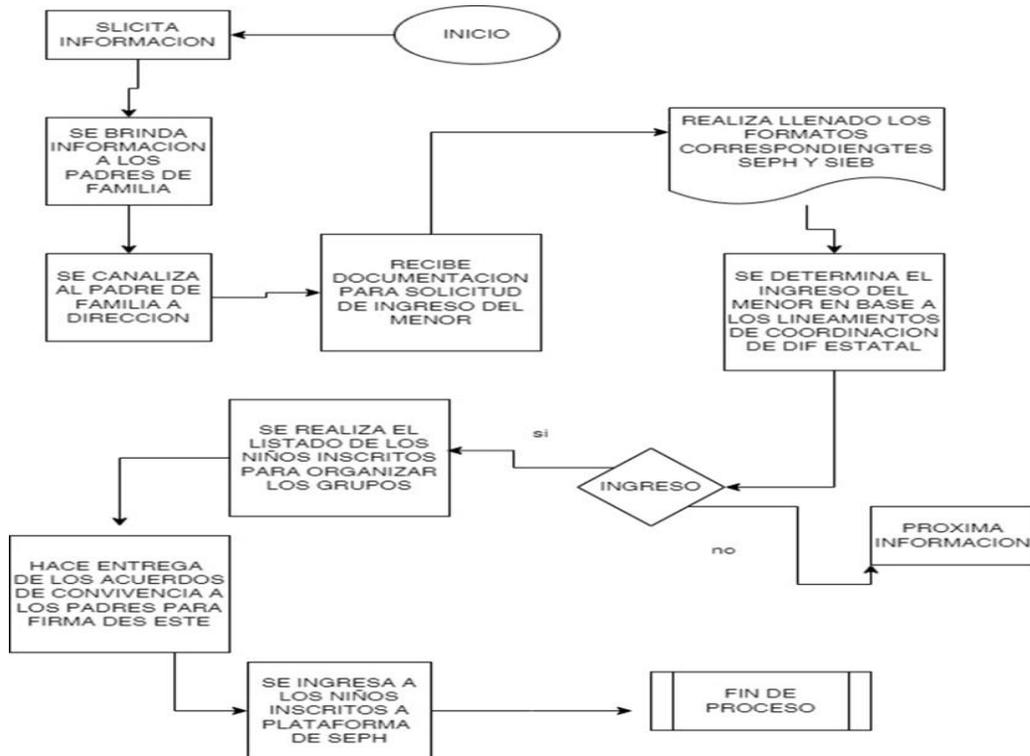
- **CONSEJO TECNICO ESCOLAR:** Es el colegiado integrado por el director y la totalidad del personal docente de cada escuela en- cargados de planear y ejecutar decisiones comunes dirigidas a que el centro escolar, de manera unificada, se enfoque a cumplir satisfactoriamente su misión.
- **PEDGOGIA:** Ciencia que estudia la metodología y las técnicas que se aplican a la enseñanza y la educación, especialmente la infantil.
- **EVALUACION INTEGRAL:** es una herramienta que permite evaluar de una manera integral, las áreas y los procesos, con un criterio sistemático y un enfoque constructivo, que permite ser un instrumento de vigilancia y de promoción del aprendizaje.
- **NUEVA ESCUELA MEXICANA:** La Nueva Escuela Mexicana es el resultado del Acuerdo Educativo Nacional, la iniciativa del Estado mexicano para la educación en México. La Nueva Escuela Mexicana es la implementación de la nueva política educativa nacional por parte del Estado mexicano.
- **ALFABETIZACION:** Enseñanza de la lectura y la escritura de una lengua a una persona, en especial a un adulto. "en las zonas más pobres y marginadas es necesaria una campaña de alfabetización"
- **PLANIFICACION:** La planeación educativa se encarga de especificar los fines, objetivos y metas de la educación. Gracias a este tipo de planeación, es posible definir qué hacer y con qué recursos y estrategias. La planeación educativa implica la interacción de diversas dimensiones.

DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS

|  | PROCEDIMIENTO 1 | | FECHA |
|---|--|--|---|
| | SERVICIO DE INSCRIPCIÓN EN EL CAI | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | CAI | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Directora de CAI | Se realiza la preinscripción en el mes de febrero. | Oficio |
| 2 | Directora y secretaria | Acude el padre de familia a buscar información para verificar si hay lugar en la institución. | N/A |
| 3 | Directora y secretaria | Se recibe y se da la información al padre de familia | N/A |
| 4 | Directora y secretaria | Se canaliza al padre de familia a el área de dirección de la institución | N/A |
| 5 | Directora y secretaria | La directora o el personal auxiliar administrativo, explica el proceso de inscripción entregando documentación para su llenado por parte del padre de familia para el ingreso del menor. | Ficha de inscripción y estudio socioeconómico |
| 6 | Directora y secretaria | El padre de familia entrega documentación para su inscripción. Y llena formatos de SEPH y SIEB | Ficha de inscripción y estudio socioeconómico |

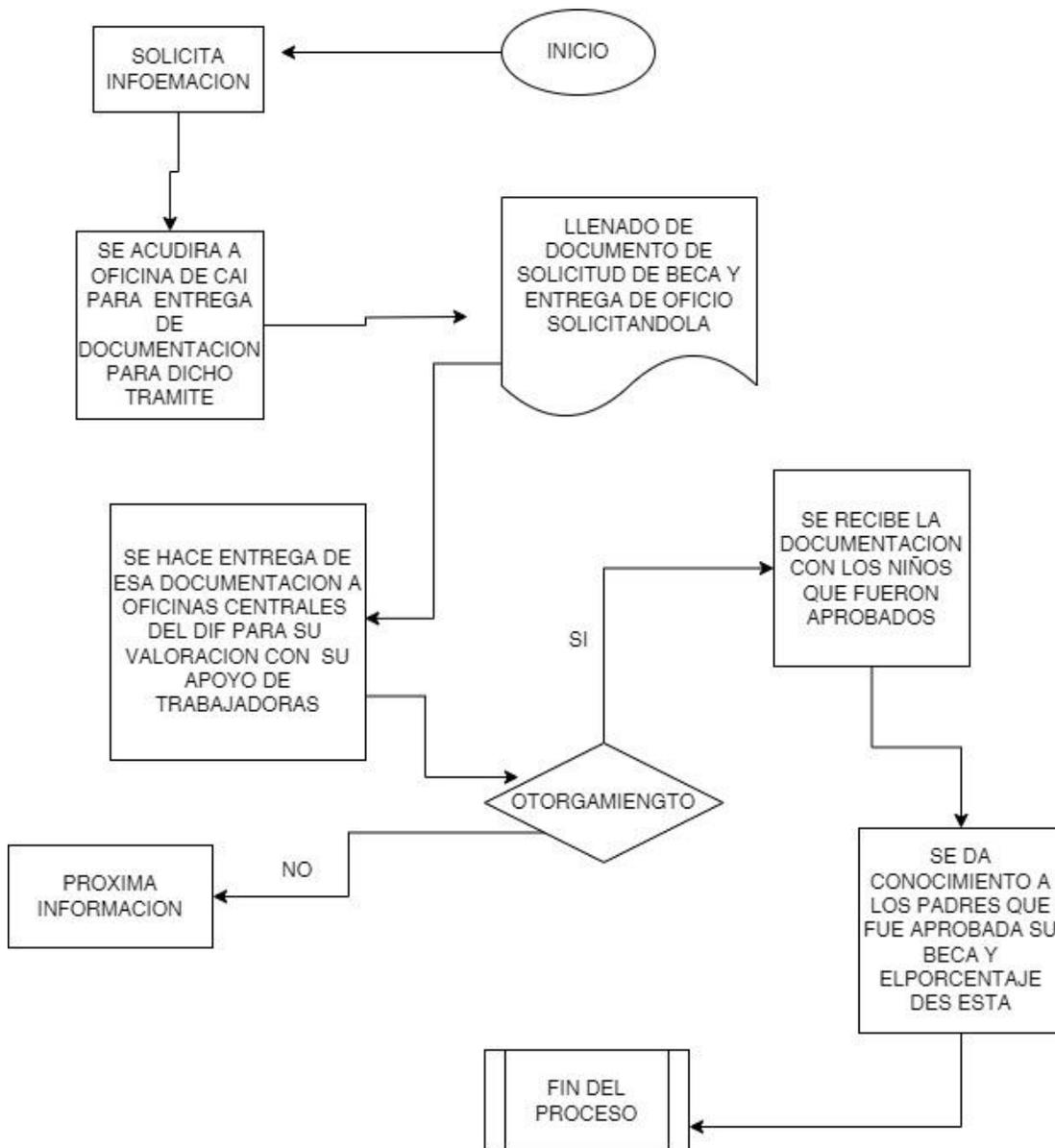
| | | | |
|-----------------|------------|--|--|
| 7 | Directora | Se determina el ingreso del menor en base a los lineamientos de coordinación de DIF estatal. | Estudio socioeconómico |
| 8 | Secretaria | Se realiza el listado de los niños inscritos para organizar los grupos | Listado de niños inscritos |
| 9 | Secretaria | Se hace entrega de los acuerdos de convivencia a los padres para la firma de este | Acuerdos de convivencia de DIF estatal |
| 10 | Secretaria | Se ingresa a los niños inscritos a plataforma de SEPH | Plataforma CONEST |
| FIN DEL PROCESO | | | |

PROCEDIMIENTO 1: SERVICIO DE INSCRIPCIÓN EN EL CAI



|  | PROCEDIMIENTO 2 | | FECHA |
|---|------------------------|--|--|
| | BECAS | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | CAI | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Directora y secretaria | Para solicitar una beca, se acudirá a oficina de CAI para entrega de documentación para dicho trámite. | Oficio de solicitud y estudio socioeconómico |
| 2 | Directora | Dirección de CAI hace entrega de esa documentación a oficinas centrales del DIF para su valoración con apoyo de trabajadoras social. | Oficio de solicitud de beca y estudio socioeconómico |
| 3 | Directora | Se recibe la documentación con los niños que fueron aprobados | Oficios aprobados y rechazados |
| 4 | Directora y secretaria | Se da conocimiento a los padres que fue aprobada su beca y el porcentaje de esta. | Oficio aprobado |
| FIN DEL PROCESO | | | |

PROCEDIMIENTO 2: BECAS

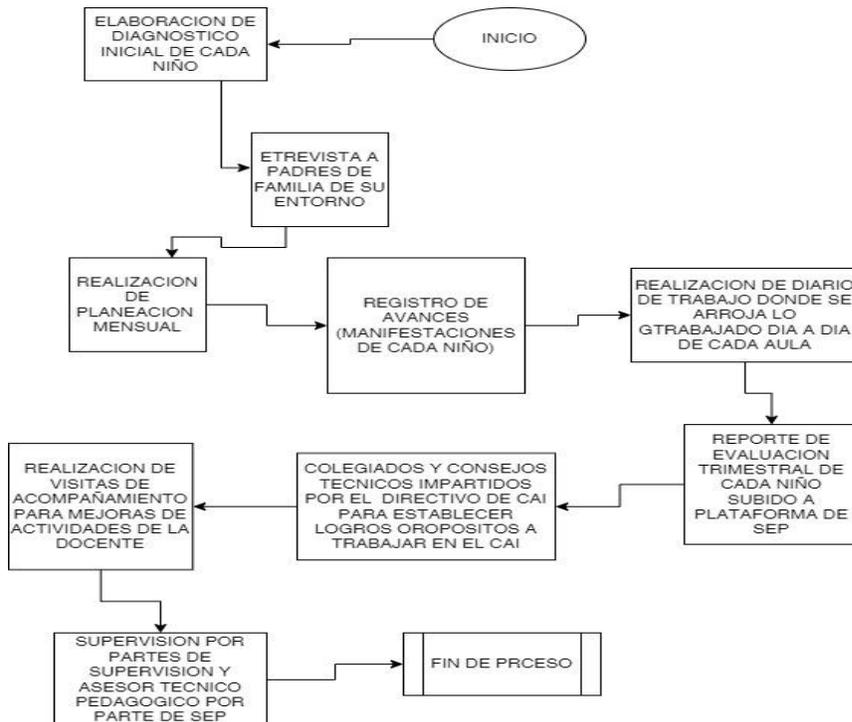




|  | | PROCEDIMIENTO 3 | FECHA |
|---|-------------|---|-------------------------------|
| | | PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | CAI | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | DOCENTE | Elaboración de planeación diagnóstica para grupo de nuevo ingreso | Planeación |
| 2 | DOCENTE | Elaboración de diagnóstico inicial de cada niño. | Documento diagnóstico |
| 3 | DOCENTE | Entrevista a padres de familia de su entorno. | Documento entrevista |
| 4 | DOCENTE | Recopilación de información para valoración de necesidades de aprendizaje del grupo. | Registro de observaciones |
| 5 | DOCENTE | Realización de planeación de planeación mensual | Planeación mensual |
| 6 | DOCENTE | Registro de avances (manifestaciones mensuales de cada niño). | Documento registro de avances |
| 7 | DOCENTE | Realización de diario de trabajo donde se arroja lo trabajado día a día de cada aula. | Diario de trabajo |
| 8 | DOCENTE | Reporte de evaluación trimestral de cada niño subido a plataforma de CONEST SEP. | Plataforma CONEST |

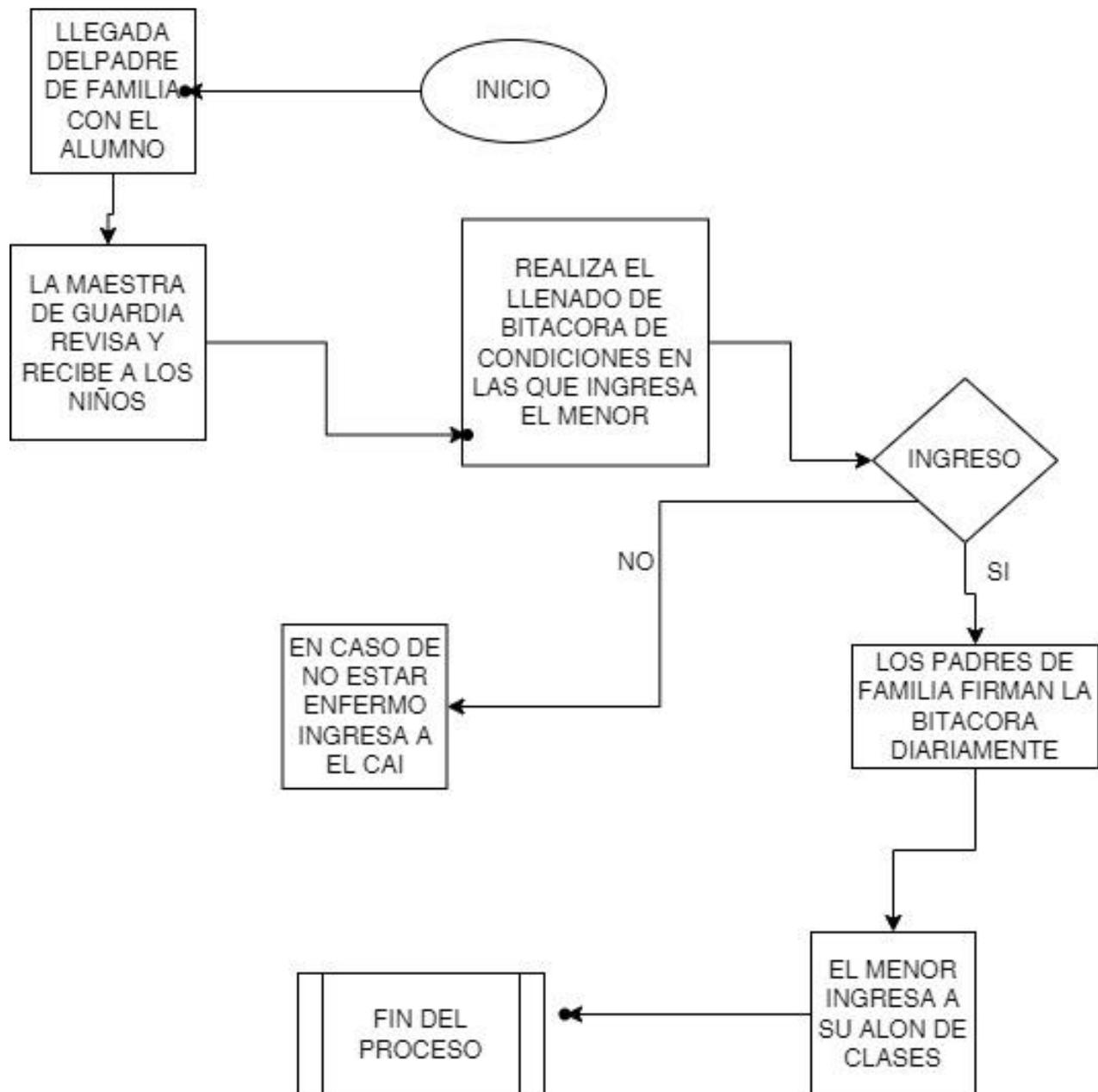
| | | | |
|-----------------|----------------------|---|--------------------------------------|
| 9 | DIRECTORA Y DOCENTES | Colegiados y consejos técnicos impartidos por el directivo de CAIC para establecer logros o propósitos a trabajar en el CAIC. | Guías de trabajo del consejo técnico |
| 10 | DIRECTORA | Realización de visitas de acompañamiento para mejoras de las actividades de la docente. | Documento visitas a grupo |
| 11 | DIRECTORA | Supervisión por partes de supervisora y Asesor Técnico Pedagógico por parte de la SEP. | Documento visita realizada |
| FIN DEL PROCESO | | | |

PROCEDIMIENTO 3: PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO



|  | PROCEDIMIENTO 4 | | FECHA |
|---|---|---|-------------------------------|
| | INGRESO DIARIO A EL CAIC | | 07/12/2023 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | CAI | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Maestra auxiliar de guardia | La maestra de guardia revisa y recibe a los niños, | N/A |
| 2 | Maestras auxiliares | Realiza el llenado de bitácora de condiciones en las que ingresa el menor | Bitácora de ingreso del menor |
| 3 | Directora, maestra | En caso de estar enfermo no ingresa a el CAI. | N/A |
| 4 | Maestras auxiliares | Los padres de familia firman la bitácora diariamente. | Bitácora de ingreso del menor |
| 5 | Maestra auxiliar y docente frente a grupo | El menor ingresa a su salón de clases. | N/A |
| FIN DEL PROCESO | | | |

PROCEDIMIENTO 4: INGRESO DIARIO AL CAI



Y08 UBR

INTRODUCCIÓN

Los servicios de rehabilitación forman parte fundamental de una amplia estrategia nacional que articula y coordina las acciones intersectoriales e interinstitucionales que promueven el bienestar de la comunidad en las familias, así como los cambios en la actitud de las personas acerca de la discapacidad y la integración a la sociedad.

La Unidad Básica de Rehabilitación del municipio de Tulancingo es un establecimiento que proporciona servicios de primer nivel de atención de rehabilitación, servicios de promoción de la salud, prevención de discapacidad, rehabilitación simple y de referencia y contrarreferencia de personas con discapacidad. El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia de Hidalgo (DIF Estatal) promueve su instalación y funcionamiento a través del Centro de Rehabilitación Integral de Hidalgo, con la participación de los Sistemas Municipales, la familia y la comunidad.

El presente manual será aplicado en la Unidad Básica, este documento presenta el objetivo del área, marco jurídico, presentación de procedimientos, propósito, políticas, lineamientos, responsabilidades de los procedimientos y flujogramas de cada procedimiento.

OBJETIVO DEL MANUAL

Asentar las bases del funcionamiento de la Unidad Básica de Rehabilitación en el municipio de Tulancingo, para que sirva de guía y consulta en las administraciones municipales.

MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4°
- Plan estatal de desarrollo 2023-2028 (2. Acuerdo para el Bienestar del Pueblo) (objetivo 2.4)
- Plan Municipal de desarrollo 2020-2023 (Eje 6. Tulancingo humano e igualitario) (objetivo 6,4)
- Ley general de salud D.O.F. 07-II-1984, Última reforma publicada DOF 16-05-2022.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud D.O.F. 26-V-2000, Última reforma publicada DOF 11-05-2022.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos D.O.F. 13-III-2002, Última reforma publicada DOF 28-05-2009.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos D.O.F. 31-XII-1982, Última reforma publicada DOF 18-07-2016.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación D.O.F. 11-VI-2003, Última reforma publicada DOF 19-01-2023.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad D.O.F. 30-V-2011. Última reforma publicada DOF 06-01-2023
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para la atención integral de las personas con discapacidad
- Ley para la atención de personas con discapacidad en el Estado de Hidalgo, última reforma publicada DOF 28-07-2022
- Reglas de operación programa de atención a personas con discapacidad, última reforma publicada DOF 26-12-2022
- Ley General de Salud. Cap. III. Formación, capacitación y actualización del personal. Art. 90-92 Última reforma publicada DOF 16-05-2022.

ATRIBUCIONES

- **PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO DE HIDALGO, CAP. VIII. ART. 20. 09/10/2023**

UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN

Artículo 20.- La Unidad Básica de Rehabilitación, tiene como objetivo principal la atención de personas que tienen algún tipo de discapacidad física o mental, ya sea temporal o permanente, con calidad y calidez, para que alcancen su máxima independencia e integración. Esta unidad contará con una o un Titular que se encargará de dirigir, coordinar, supervisar, ordenar, administrar y emitir las autorizaciones y documentos que resulten necesarios para el cumplimiento del objetivo de la unidad.

Esta Unidad contará con las siguientes áreas: medicina general, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, psicología, psicopedagogía, intervención y estimulación temprana, que se desarrollarán las siguientes actividades:

- I.- El área de medicina general deberá realizar la pre-valoración a los pacientes para su canalización al área correspondiente;
- II.- Otorgar el servicio de terapia física bajo un programa de rehabilitación de acuerdo a las indicaciones del Médico que canaliza al paciente;
- III.- Ofrecer terapia ocupacional que promueva, mantenga y/o restaure la independencia funcional en las habilidades de las actividades de la vida diaria;
- IV.- Dar atención con terapia de lenguaje brindando tratamiento de rehabilitación a pacientes con alteraciones en el lenguaje y en el habla;
- V.- Se contará con un área de Psicología para valoración y atención como parte del manejo integral a pacientes con algún tipo de discapacidad;
- VI.- El área de Psicopedagogía valorará y proporcionará atención a pacientes con algún tipo de dificultad de aprendizaje; y
- VII.- Se atenderá a pacientes que necesiten Intervención y estimulación temprana, para detectar trastornos de desarrollo dentro de la atención rehabilitadora y educativa de nivel inicial.

La o el Titular de esta dependencia, se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos y actividades que se describen en el presente artículo.

DEFINICIONES

- **Administrativo:** Persona que planea, propone e instrumenta los asuntos de carácter administrativo llevando a cabo las políticas, planes y programas que se consideren necesarios para el logro de los fines que le han sido encomendados.
- **Director:** Titular que representa la Unidad Básica y dirige las áreas de rehabilitación, siendo responsable del funcionamiento, organización, administración, vigilancia y supervisando el cumplimiento de las actividades, procesos, recursos, materiales e información administrativa debidamente requisitada para la entrega al municipio al Centro de Rehabilitación Hidalgo y DIF estatal.
- **Intendente:** Persona encargada de la limpieza, mantenimiento o vigilancia de la Unidad Básica.
- **Medicina general:** Es el profesional encargado de efectuar consulta médica en el área de rehabilitación con base a interrogatorio y exploración física, apoyados en elementos de diagnóstico, las acciones de prevención, detección y tratamiento de procesos que causan una discapacidad
- **Psicólogo (a):** Profesional encargado de valorar y proporcionar atención psicológica como parte del manejo integral a pacientes con algún tipo de discapacidad.
- **Psicopedagogo (a):** Profesional encargado de valorar y proporcionar atención psicopedagógica como parte del manejo integral a pacientes con algún tipo de dificultad de aprendizaje.
- **Terapeuta de lenguaje:** Profesional encargado de brindar tratamiento de rehabilitación a pacientes con alteraciones en el lenguaje y en el habla

- Terapeuta en Estimulación e intervención temprana: Profesional encargado de Evaluar, prevenir y detectar trastornos de desarrollo dentro de la atención rehabilitadora y educativa de nivel inicial.
- Terapeuta físico: Profesional que brinda tratamiento de Terapia Física bajo un programa de rehabilitación de acuerdo a las indicaciones del Médico que canaliza al paciente
- Terapeuta ocupacional: Profesional encargado de promover, mantener y/o restaurar la independencia funcional en las habilidades de las actividades de la vida diaria. El objetivo principal de la terapia ocupacional es la ocupación humana y su importancia para el estado de salud para las personas de cualquier edad.
- Trabajador social: Persona encargada de brindar orientación y atención a los usuarios de la unidad, investigando y analizando la problemática social que presenten para que sean canalizados a los diversos servicios.

Desarrollo de procedimientos

.1 Propósito del procedimiento

La Unidad Básica de Rehabilitación del municipio de Tulancingo es un establecimiento que proporciona servicios de primer nivel de atención de rehabilitación, servicios de promoción de la salud, prevención de discapacidad, rehabilitación simple y de referencia y contrarreferencia de personas con discapacidad.

.2 Alcance

Asentar las bases del funcionamiento de la Unidad Básica de Rehabilitación en el municipio de Tulancingo, para que sirva de guía y consulta en las administraciones municipales.

.3 Referencias

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4°
- Plan estatal de desarrollo 2023-2028 (2. Acuerdo para el Bienestar del Pueblo) (objetivo 2.4)
- Plan Municipal de desarrollo 2020-2023 (Eje 6. Tulancingo humano e igualitario) (objetivo 6,4)
- Decreto de creación P.O.E.H 09-X- 2023. Decreto número 52 Cap. VIII. Art. 20
- Ley general de salud D.O.F. 07-II-1984, Última reforma publicada DOF 16-05-2022.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud D.O.F. 26-V-2000, Última reforma publicada DOF 11-05-2022.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos D.O.F. 13-III-2002, Última reforma publicada DOF 28-05-2009.

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos D.O.F. 31-XII-1982, Última reforma publicada DOF 18-07-2016.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación D.O.F. 11-VI-2003, Última reforma publicada DOF 19-01-2023.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad D.O.F. 30-V-2011. Última reforma publicada DOF 06-01-2023
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para la atención integral de las personas con discapacidad
- Ley para la atención de personas con discapacidad en el Estado de Hidalgo, última reforma publicada DOF 28-07-2022
- Reglas de operación programa de atención a personas con discapacidad, última reforma publicada DOF 26-12-2022
- Ley General de Salud. Cap. III. Formación, capacitación y actualización del personal. Art. 90-92 Última reforma publicada DOF 16-05-2022.

.4 Responsabilidades

Director

Propiciar un ambiente de trabajo óptimo, vigilar que se lleven a cabo las actividades propias de la Unidad, que existan los elementos y equipos necesarios para que el personal pueda realizar sus actividades adecuadamente, verificar la formación adecuada del personal, vigilar y promover el buen estado del equipo y la infraestructura, promover de igual forma la capacitación y actualización del personal, vigilar que se aplique la normativa, el control de expedientes de los pacientes, entregar la información mensual de la estadística al Centro de Rehabilitación

Integral de Hidalgo y a DIF Estatal. Supervisar que se otorgue un servicio eficiente con prescripciones eficaces y calidez humana en el trato con los pacientes

Medicina general

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Debe portar su bata en la Unidad Básica de Rehabilitación. Consignar en la Hoja diaria del médico su productividad de consulta. Elaboración de dictámenes médicos. Canaliza usuarios a otras instituciones médicas. Participar en la orientación sobre el apoyo que pueda brindar la UBR al resto de la población. Coordinar junto con los terapeutas, la enseñanza de programas en casa de terapia física, ocupacional e intervención y estimulación temprana. Asistir a las capacitaciones señaladas por el CRIH. Asistir a cursos de actualización, conocimientos que mejorarán la función de la UBR, así como en la atención del paciente.

Administrativo

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Capturar las copias de los recibos emitidos al día. Realizar del diario el depósito bancario de las cuotas de recuperación y cortes de caja. Entrega del paquete administrativo mensual. Elaboración de comprobación de gastos, oficios, tarjetas informativas, memorándums. Organizar el archivo administrativo. Minutario de oficios de la UBR. Atender teléfono. Recepción y envío de emails. Atención y

recepción de los pacientes y del público en general que acuden a la UBR. Elaboración de informes. Asistencia a los cursos de actualización tecnológica. Archivar oficios remitidos al CRIH y enviados al sistema DIF. Llevar el inventario resguardo interno del material y equipo de la UBR. Recibir el equipo que entra a la UBR. Mantener informado al directivo de la UBR, sobre los hechos relevantes durante la jornada laboral.

Trabajo social

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. El responsable debe portar su bata o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Realiza entrevistas o estudio socioeconómico, a solicitud del médico general para detectar, conocer y, en su caso, tratar el desequilibrio en los procesos sociales del paciente que interfieren en la atención rehabilitadora e indica cuotas de recuperación. Y si es necesario realiza visitas domiciliarias para conocer las condiciones de los pacientes. Vigilar que los expedientes se encuentren constantemente en orden. Anotar en Hoja Frontal el nombre, edad, sexo, No. De expediente. Mantener informado al encargado de la UBR, sobre los hechos relevantes durante la jornada laboral. Orientación individual o grupalmente a los familiares o tutores para el manejo del usuario durante su tratamiento rehabilitatorio y para darle continuidad a la terapia en el domicilio. Imparte pláticas de educación para la salud y de orientación a los usuarios en el servicio con base en los programas. Elabora en el formato de informe diario notas de trabajo social, los resultados de las acciones realizadas según sea el caso. Orienta e indica al paciente acuda a su tratamiento programado, cita médica subsecuente.

Si es necesario elabora constancia de asistencia a la Unidad y justifica la inasistencia del paciente a tratamiento o consulta médica. Apoyar en la difusión de los servicios que ofrece la UBR. Participar en la elaboración del programa Anual de trabajo de UBR.

Consignar el ingreso del usuario en la “Bitácora de ingreso de pacientes” Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y público en general.

Terapia física

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Debe portar su pijama quirúrgica o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Preparar el área, equipo mecánico y electro médico y material para la aplicación del tratamiento prescrito. Recibir al usuario con su tarjeta de citas y registra los datos correspondientes en la forma para el concentrado de actividades diarias del personal de terapias, revisa recibo, nombre, fecha y pago. Le indica cuando, como y donde le otorgará su tratamiento, y si el caso lo requiere, que debe tomar un baño de aseo previo al tratamiento. Prepara al usuario y le aplica tratamiento individual o de grupo de acuerdo al tratamiento establecido por médico y la técnica que corresponda. Enseña y orienta en forma verbal y a su familiar sobre el tratamiento y, si el caso lo requiere, también lo hace por escrito. Enseña y orienta a los que lo requieran el uso y cuidados de aparatos de prótesis y ortopedia. Solicita al auxiliar de servicios de intendencia realice el aseo del equipo utilizado para estar en condiciones de continuar con el tratamiento de otros pacientes. Registrar la asistencia del usuario. Participar en la difusión de los servicios de rehabilitación con pláticas y visitas a las comunidades. Participar en pláticas sobre prevención de

discapacidad y procesos discapacitantes proporcionadas a usuarios y familiares que acuden a la UBR, en escuelas y comunidades. Utilizar de forma adecuada el equipo médico de la Unidad. Detectar y reportar las necesidades de la Unidad. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Público en General. Mantener en buenas condiciones y orden su área de trabajo. Acudir a las capacitaciones que sean convocadas en el CRIH.

Terapia ocupacional

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Debe portar su pijama quirúrgica o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Prepara el área, equipo y material para la aplicación del tratamiento prescrito. Recibe al usuario con su recibo de pago y registra los datos correspondientes en la forma para el concentrado de actividades diarias del personal de terapias. Le indica al usuario cuando, como y donde le otorgara su tratamiento. Lo prepara y le aplica el tratamiento individual o de grupo de acuerdo al tratamiento establecido por el médico y a la técnica que corresponda. Enseña y orienta en forma verbal al usuario y a su familiar sobre el tratamiento, si se requiere también se hace por escrito. Elabora aditamentos para mejorar la función y lo adiestra en el manejo de los mismos para favorecer algunas de las actividades de la vida diaria y laboral. Elabora y adapta férulas para el tratamiento de usuarios que requieren de corregir la alineación de las extremidades superiores o para mejorar la movilidad articular. Lo entrena en el uso de aparatos de prótesis y ortopedia. Efectúa estudio ocupacional para integrar la valoración de la capacidad funcional residual. Solicita al personal de intendencia realizar el aseo del mobiliario utilizado para estar en condiciones de continuar con el tratamiento de otros usuarios. Previo a la

consulta subsiguiente de los usuarios entregar el tarjetón único con la evolución del paciente para ser integrado al expediente clínico. Acudir a capacitación cuando así lo requiera el CRIH. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y público en general.

Terapia de lenguaje

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Debe portar su pijama quirúrgica o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Elabora de acuerdo a los resultados obtenidos de su valoración un plan de trabajo que contemple el tipo de estimulación que facilitará el desarrollo de sus habilidades de comunicación, el tiempo de tratamiento de acuerdo a los objetivos esperados y el pronóstico. El usuario trabajara con el terapeuta, frente a su acompañante o solo según el criterio y el tipo de trabajo a realizar después de la cual se indicará la tarea o el trabajo de casa que se considere pertinente. Cuidar el material de trabajo y ordenarlo al término de la jornada. Mantener informado al encargado de la UBR sobre los hechos relevantes durante la jornada laboral. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y público en general.

Terapia de psicología

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la

materia. Debe portar su bata o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Informar al encargado de la Unidad sobre las necesidades detectadas. Aplicar el tratamiento terapéutico adecuado a las necesidades del paciente. Recibe al usuario con su recibo de pago y registra los datos correspondientes en la forma para el concentrado de actividades diarias del personal de terapias. Registrar bitácora y asistencia. Previo a la consulta subsiguiente de los usuarios entregar el tarjetón único con la evolución del paciente para ser integrado al expediente clínico. Dar el alta correspondiente. Participar en la difusión de los servicios de rehabilitación en su municipio. Acudir a capacitación cuando así lo requiera el CRIH. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y público en general.

Psicopedagogía

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Debe portar su pijama quirúrgica o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Recibe al usuario con su recibo de pago y registra los datos correspondientes en la forma para el concentrado de actividades diarias del personal de terapias. Realizar la valoración psicopedagógica y aplicar el tratamiento Correspondiente, registrar la asistencia y la evolución del usuario. Previo a la consulta subsiguiente de los usuarios entregar el tarjetón único con la evolución del paciente para ser integrado al expediente clínico. Informar al encargado de la Unidad sobre las necesidades detectadas. Participar en la difusión de los servicios de rehabilitación en su municipio.

Estimulación e intervención temprana

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la materia. Debe portar su pijama quirúrgica o filipina en la Unidad Básica de Rehabilitación. Prepara el área, equipo y material para la aplicación del tratamiento prescrito. Recibe al usuario con su recibo de pago y registra los datos correspondientes en la forma para el concentrado de actividades diarias del personal de terapias. Le indica al usuario cuando, como y donde le otorgara su tratamiento. Prepara al usuario y le aplica el tratamiento individual o de grupo de acuerdo al tratamiento establecido por el médico y a la técnica que corresponda. Enseña y orienta en forma verbal al usuario y a su familiar sobre el tratamiento, si se requiere también se hace por escrito. Solicita al personal de intendencia realizar el aseo del mobiliario utilizado para estar en condiciones de continuar con el tratamiento de otros usuarios. Previo a la consulta subsiguiente de los usuarios entregar el tarjetón único con la evolución del paciente para ser integrado al expediente clínico. Acudir a capacitación cuando así lo requiera el CRIH. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y público en general.

Intendencia

Deberá sujetarse a las disposiciones que, en materia económica, administrativa y laboral, disponga el sistema municipal DIF. Tulancingo, de conformidad con las normas y lineamientos que establezca el gobierno del estado o municipal en la

materia. Debe abrir y cerrar la Unidad. Se encarga de encender y apagar el calentador del agua para las terapias de hidro y asegurarse de mantener todas las áreas limpias, acudiendo igualmente al llamado del personal cuando sea necesario.

6. Políticas y lineamientos

- Atención de lunes a viernes, consulta de primera vez de 8:00 a 19:00 horas
- En área de medicina general, se brinda consulta a usuarios de primera vez o subsecuentes que hayan sido enviados o no por especialistas. Se le brinda la atención solo a aquellos usuarios que agendaron con previa cita, ya que el consultorio no se encuentra habilitado para atender urgencias.
- El usuario tiene la responsabilidad de llegar a tiempo a la consulta teniendo 10 minutos de tolerancia. Reagendando consulta si el tiempo de tolerancia es rebasado.
- Presentar el recibo de pago al inicio de la consulta.
- Usuario menor de edad o adulto mayor deberá ser acompañado por familiar o tutor, en el caso de ser menor de edad mamá, papá o tutor legal para que este reciba la información necesaria.
- Usuario, familiar o tutor deberá de cuidar del equipo o mobiliario que se encuentra en el consultorio, así como dirigirse de manera respetuosa al responsable.
- En el área administrativa, se brindará información necesaria al público que lo solicite sin discriminación alguna.
- El usuario debe presentar su carnet para realizar el pago de la consulta subsecuente o terapia de acuerdo al pago asignado.

- El usuario pagará preferiblemente la cantidad exacta de su consulta o terapias.

- En cuanto a trabajo social, comentar que si no puede asistir a su consulta de primera vez asignada deberá reportarlo vía telefónica para que se respete la cuota de recuperación pagada.
- Los datos personales del usuario deben de ser suministrados por el mismo, al menos que presente una discapacidad que no se lo permita o sea menor de edad, de esta forma se requiere la presencia del familiar o tutor.
- Los datos deben estar avalados por la documentación personal requerida.
- El usuario debe presentar los requisitos completos para proceder a su ingreso.
- Comentar al usuario o familiar o tutor que tres inasistencias injustificadas y consecutivas a las terapias será motivo de baja al mismo.
- Los usuarios que requieran terapia de lenguaje sin trastornos neurológicos deben ser menor a 8 años y en el caso necesario requerirá valoración por parte del doctor en comunicación humana del CRIH o del Hospital del Niño DIF, requisito para ser ingresado a la UBR.
- En cuanto al área de terapia física, el paciente deberá de presentarse a la terapia en buenas condiciones de higiene y con ropa cómoda. En el caso de los niños, debe llegar bien alimentado y descansado. (No alimentarlo minutos antes de su terapia).
- Llevar el material indicado. (Toallas, aceite, gel de conducción, etc).
- El usuario, familiar o tutor debe prestar atención a las indicaciones del terapeuta, para que el usuario haga sus ejercicios en casa.
- En el área solo puede permanecer el familiar o tutor si se requiere, sino este debe permanecer en la sala de espera.
- Si por alguna razón no puede asistir a su terapia debe avisar a su terapeuta y entregar su justificante en la próxima sesión.
- Tres faltas no justificadas y consecutivas se darán de baja de los servicios y reanudará su tratamiento hasta después de la consulta subsecuente.

- Se debe cuidar el material del área, si por alguna razón se descompone por inadecuado uso se debe reponer en la brevedad posible.
- En el área de terapia ocupacional el familiar o tutor que coloque a su usuario en la mesa estabilizadora de cuatro puestos debe tener la precaución de asegurar la puerta.
- Si el usuario presenta escurrimiento nasal o tos con flemas favor de abstenerse a la terapia.
- En el área de terapia de lenguaje uno de los lineamientos es asistir puntualmente a sus citas tanto de valoración como subsecuentes en CRIH y Hospital del Niño DIF, según le corresponda.
- Compromiso con el tratamiento terapéutico en casa.
- En el área de estimulación temprana, el paciente deberá presentarse a la terapia en buenas condiciones de higiene general, en caso de uso de pañal debe estar limpio.
- El usuario, familiar o tutor debe prestar atención a las indicaciones del terapeuta, ya que cada acción tiene una razón y para que el usuario haga sus ejercicios en casa.



|  | | PROCEDIMIENTO 1 | FECHA |
|---|--------------|--|--|
| | | Procedimientos administrativos realizados por el área directiva | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Director (a) | Elabora anualmente el presupuesto basado en resultados. | Presupuesto Basado en resultados |
| 2 | Director (a) | Revisa los formatos mensuales y trimestrales de relación de terapias programadas y terapias otorgadas. | Repostes mensuales y trimestrales de relación de terapias. |
| 3 | Director (a) | Cumple con las asignaciones que indica coordinación de UBR'S. | |
| 4 | Director (a) | Realiza la entrega mensual estadística a coordinación de UBR'S. | |
| 5 | Director (a) | Cumple con las asignaciones que indica el Sistema DIF municipal. | |
| 6 | Director (a) | Trabaja en los pendientes para su resolución y termino de los mismos. | |
| 7 | Director (a) | Controla y evalúa actividades terapeutas del diario. | |
| 8 | Director (a) | Atiende solicitudes, quejas y peticiones de los usuarios. | |

| | | | |
|-----------------|--------------|---|-----------------------------------|
| 9 | Director (a) | Atiende solicitudes, quejas y peticiones de terapeutas. | |
| 10 | Director (a) | Vigila el funcionamiento y mantenimiento de las áreas de la unidad. | |
| 11 | Director (a) | Gestionar las necesidades de recursos de la organización en términos de recurso humano y financiero | |
| 12 | Director (a) | Elabora y da seguimiento a proyectos encaminados a la mejora de la unidad. | |
| 13 | Director (a) | Realiza reuniones periódicas con el personal para la mejora de procesos o para tratar temas relacionados con la atención de pacientes en la unidad. | |
| 14 | Director (a) | Entrega evaluaciones trimestrales del presupuesto basado en resultados del titulas de la dirección de evaluación y desempeño. | Presupuesto basado en resultados. |
| FIN DEL PROCESO | | | |



|  | | PROCEDIMIENTO 2 | | FECHA |
|---|----------------|---|----------------------|------------|
| | | Ingreso de paciente a la Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo. | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO | |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de primera vez. | Recibo de pago | |
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de primera vez. | Recibo de pago | |
| 3 | Médico | Recibe al usuario en el consultorio y junto con ello solicita el comprobante de pago y estudios que presente el paciente. | Recibo de pago | |
| 4 | Medico | Realiza pre valoración para determinar si el paciente es candidato para ingresar a la unidad. | | |
| 5 | Medico | Realiza anamnesis y exploración física al paciente para emitir una impresión diagnóstica. | | |
| 6 | Medico | Elabora hoja frontal para integrar el expediente clínico. | Hoja frontal | |
| 7 | Medico | Redacta historia clínica y establece el diagnóstico del paciente. | Historia clínica | |

| | | | |
|-----------------|--------|---|---|
| 8 | Medico | Informa al paciente sobre el consentimiento de manipulación y administración de medicamento | Consentimiento de manipulación |
| 9 | Medico | Redacta el tratamiento dentro de expediente y de ser necesario entrega receta médica o referencia y junto con ello explica el tratamiento y el proceso después de remisión. | Historia clínica Receta medica Referencia |
| FIN DEL PROCESO | | | |

|  | PROCEDIMIENTO 3 | | FECHA |
|--|--|---|----------------------|
| | Consulta subsecuente para paciente atendido en la Unidad. | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta subsecuente. | Recibo de pago |
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta subsecuente. | Recibo de pago |
| 3 | Médico | Recibe al usuario en el consultorio y junto con ello solicita el comprobante de pago. | Recibo de pago |

| | | | |
|-----------------|-----------|--|----------------------------|
| 4 | Medico | Realiza exploración física al paciente para determinar el estado actual del usuario y su evolución. | |
| 5 | Medico | Redacta nota médica de acuerdo a la valoración realizada durante la consulta. | Nota Medica |
| 6 | Medico | De acuerdo a el estado actual del paciente prescribe nuevas indicaciones en su tratamiento y las integra en el expediente clínico. | Nota medica |
| 7 | Terapeuta | Recibe indicaciones terapéuticas proporcionadas por el médico de la unidad. | Tarjetón único de terapias |
| 8 | Terapeuta | Informa al paciente sobre los horarios de atención y el tratamiento que se ejecutara. | |
| FIN DEL PROCESO | | | |

| | | | |
|---|--|-----------|----------------------|
|  | PROCEDIMIENTO 4 | | FECHA |
| | Pagos de consulta subsecuente y de primera vez. | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |

| | | | |
|-----------------|----------------|---|--------------------------|
| 1 | Usuario | Se acerca al área de caja para realizar el pago de su consulta. | |
| 2 | Administrativo | Determina si el paciente va a solicitar consulta subsecuente o de primera vez de acuerdo al carnet de citas o a la ficha del médico asignado. | Carnet de citas |
| 3 | Administrativo | Recibe el pago y elabora comprobante de pago, el cual entrega al usuario. | Recibo de pago |
| 4 | Administrativo | Se queda con copia del comprobante de pago para su captura y comprobación. | Copia del recibo de pago |
| 5 | Usuario | Recibe el comprobante de pago. | Recibo de pago |
| FIN DEL PROCESO | | | |

|  | PROCEDIMIENTO 5 | | FECHA |
|---|---|---|----------------------|
| | Integración de expediente clínico para pacientes que ingresan a la unidad. | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Trabajador (a) Social | Asigna cita para consulta de primera vez o subsecuente. | |

| | | | |
|-----------------|-------------------------|---|----------------------------|
| 2 | Usuario | Asiste a su consulta con el médico de la unidad para su valoración. | |
| 3 | Médico | Atiende al usuario e inicia historia clínica del usuario. | Recibo de pago |
| 4 | Trabajador (a) Social | Integra la documentación del usuario en un expediente clínico. | |
| 5 | Trabajador (a) Social | Realiza estudio socioeconómico para conocer el entorno social, económico, familiar, académico y laboral del usuario. | Nota Medica |
| 6 | M Trabajador (a) Social | Elabora tarjetón único de terapias con las indicaciones prescritas por el médico de la unidad y de igual manera realiza carnet de citas del paciente. | Nota medica |
| | Trabajador (a) Social | Explica al paciente los lineamientos de la unidad para recibir la atención de las distintas áreas. | |
| 7 | Usuario | Recibe carnet de citas. | Tarjetón único de terapias |
| 8 | Trabajador (a) Social | Remite al usuario al área de terapias y entrega tarjetón único de terapias al terapeuta asignado. | |
| 9 | Terapeuta | Recibe el tarjetón de registro diario y asigna terapeuta y horarios para su atención. | |
| FIN DEL PROCESO | | | |



|  | | PROCEDIMIENTO 6 | FECHA |
|---|------------------|--|-----------------------------|
| | | Atención de pacientes en el área de terapia física | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de Terapia Física. | Recibo de pago |
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de terapia física. | Recibo de pago |
| 3 | Terapeuta Físico | Recibe al usuario en el área de terapia física y explica los objetivos terapéuticos y las técnicas a emplear durante el tratamiento. | |
| 4 | Terapeuta Físico | Inicia tratamiento de acuerdo con las indicaciones que prescribió la doctora de la unidad. | |
| 5 | Terapeuta Físico | Entrega programa de casa de acuerdo a la lesión y valoración realizada. | |
| 6 | Usuario | Sigue indicaciones brindadas por el terapeuta. | |
| 7 | Terapeuta Físico | Elabora nota de terapia en el expediente y remite al usuario al área médica para valoración subsecuente. | Tarjetón único de terapias. |
| 8 | Terapeuta Físico | Hace entrega del tarjetón único de terapias a el área de trabajo social. | tarjetón único de terapias. |

| | | | |
|-----------------|---------|---|--|
| 9 | Usuario | Pasa a consulta subsecuente para su determinar la evolución del paciente y hace modificaciones en el tratamiento rehabilitador. | |
| FIN DEL PROCESO | | | |

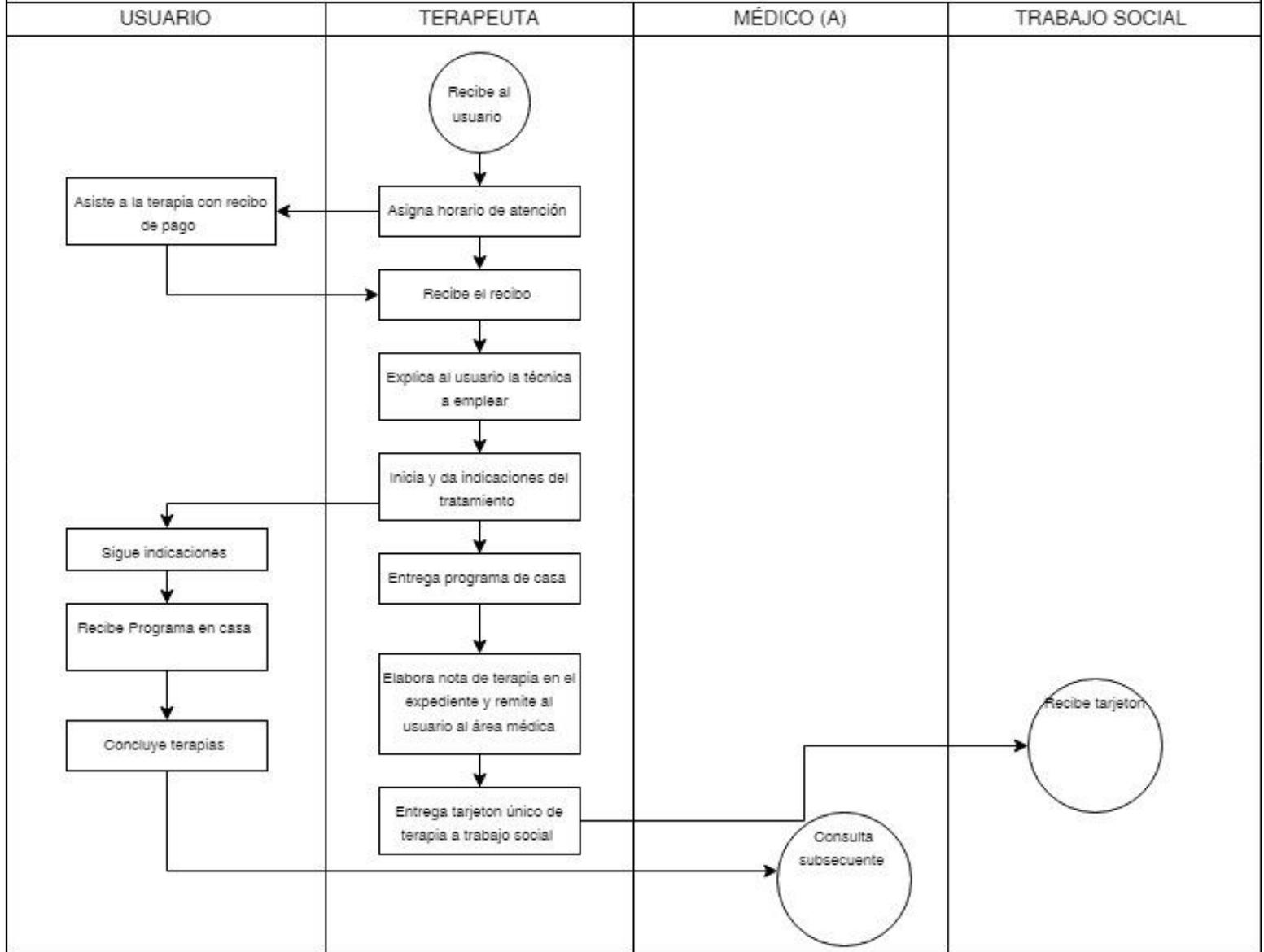
|  | PROCEDIMIENTO 7 | | FECHA |
|---|--|---|----------------------|
| | Atención de pacientes en el área de terapia ocupacional | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de Terapia Ocupacional. | Recibo de pago |
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de Terapia Ocupacional. | Recibo de pago |
| 3 | Terapeuta Ocupacional | Recibe al usuario en el área de Terapia Ocupacional y explica los objetivos terapéuticos y las técnicas a emplear durante el tratamiento. | |
| 4 | Terapeuta Ocupacional | Inicia tratamiento de acuerdo con las indicaciones que prescribió la doctora de la unidad. | |

| | | | |
|-----------------|-----------------------|---|-----------------------------|
| 5 | Terapeuta Ocupacional | Entrega programa de casa de acuerdo a la lesión y valoración realizada. | |
| 6 | Usuario | Sigue indicaciones brindadas por el terapeuta. | |
| 7 | Terapeuta Ocupacional | Elabora nota de terapia en el expediente y remite al usuario al área médica para valoración subsecuente. | Tarjetón único de terapias. |
| 8 | Terapeuta Ocupacional | Hace entrega del tarjetón único de terapias a el área de trabajo social. | tarjetón único de terapias. |
| 9 | Usuario | Pasa a consulta subsecuente para su determinar la evolución del paciente y hace modificaciones en el tratamiento rehabilitador. | |
| FIN DEL PROCESO | | | |

|  | PROCEDIMIENTO 8 | | FECHA |
|---|---|---|----------------------|
| | Atención de pacientes en el área de Estimulación e Intervención Temprana | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de Estimulación e intervención temprana. | Recibo de pago |

| | | | |
|-----------------|-----------------------|---|-----------------------------|
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de terapia física. | Recibo de pago |
| 3 | Terapeuta Ocupacional | Recibe al usuario en el área de Estimulación e intervención temprana y explica a los tutores del paciente los objetivos terapéuticos y las técnicas a emplear durante el tratamiento. | |
| 4 | Terapeuta Ocupacional | Inicia tratamiento de acuerdo con las indicaciones que prescribió la doctora de la unidad. | |
| 5 | Terapeuta Ocupacional | Entrega programa de casa de acuerdo a la valoración realizada. | |
| 6 | Usuario | Sigue indicaciones brindadas por el terapeuta. | |
| 7 | Terapeuta Ocupacional | Elabora nota de terapia en el expediente y remite al usuario al área médica para valoración subsecuente. | Tarjetón único de terapias. |
| 8 | Terapeuta Ocupacional | Hace entrega del tarjetón único de terapias a el área de trabajo social. | tarjetón único de terapias. |
| 9 | Usuario | Pasa a consulta subsecuente para su determinar la evolución del paciente y hace modificaciones en el tratamiento rehabilitador. | |
| FIN DEL PROCESO | | | |

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO ESTIMULACIÓN TEMPRANA





|  | | PROCEDIMIENTO 9 | | FECHA |
|---|---------------------|---|---|------------|
| | | Atención de pacientes en el área de Terapia de Lenguaje | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO | |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de Estimulación e intervención temprana. | Recibo de pago | |
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de terapia de lenguaje. | Recibo de pago | |
| 3 | Terapia de lenguaje | Recibe al usuario en el área de Terapia de Lenguaje y aplica una evaluación de análisis lingüísticos. | Entrevista inicial: Terapia de lenguaje | |
| 4 | Terapia de lenguaje | Explica a los tutores del paciente las técnicas a emplear durante la terapia. | | |
| 5 | Usuario | Asiste a consulta externa según la hoja de referencia entregada por la médico de la unidad. | Referencia y contrarreferencia de pacientes | |
| 6 | Usuario | Cumple con la asistencia a consultas de especialidades indicadas. | | |
| 7 | Terapia de lenguaje | Otorga atención al paciente de acuerdo con el plan de tratamiento prescrito. | . | |
| 8 | Terapia de lenguaje | Explica tratamiento de programa en casa para darle continuidad a los | Tarjetón único de terapias. | |

| | | | |
|------------------------|---------------------|---|-----------------------------|
| | | objetivos planteados durante la terapia. | |
| 9 | Terapia de lenguaje | Recibe alta del especialista y notifica al médico de la unidad. | |
| 10 | Terapia de lenguaje | Entrega tarjetón único de terapia a trabajo social | Tarjetón único de terapias. |
| FIN DEL PROCESO | | | |

|  | PROCEDIMIENTO 10 | | FECHA |
|---|---|---|--------------------------------|
| | Atención de pacientes en el área de psicología | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de psicología. | Recibo de pago |
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de Psicología. | Recibo de pago |
| 3 | Psicólogo (a) | Recibe al usuario en el área de psicología y aplica una valoración psicodiagnóstica | Entrevista inicial: psicología |
| 4 | Terapia de lenguaje | Elabora nota psicológica de los resultados de la entrevista y valoración. | |

| | | | |
|-----------------|----------------|---|-----------------------------|
| 5 | Psicólogo (a) | Otorga terapia individual familiar o grupal según corresponda. | |
| 6 | Usuario | Recibe atención en la unidad y cumple con sus asistencias a las citas programadas. | |
| 7 | Psicólogo (a) | Orienta e indica al usuario que acuda a su cita médica subsecuente. | |
| 8 | Psicólogo (a) | Anota datos relevantes durante las sesiones y avances del usuario en el tarjetón único de terapia y lo entrega a trabajo social | tarjetón único de terapias. |
| 9 | Trabajo social | Recibe tarjetón único de terapias y notas e integra a el expediente clínico. | Tarjetón único de terapias. |
| FIN DEL PROCESO | | | |

|  | PROCEDIMIENTO 11 | | FECHA |
|---|---|---|----------------------|
| | Atención de pacientes en el área de psicopedagogía | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO |
| 1 | Administrativo | Cobra y hace entrega del recibo por consulta de psicopedagogía. | Recibo de pago |

| | | | |
|-----------------|---------------------|---|------------------------------------|
| 2 | Usuario | Recibe el comprobante de pago de su consulta de psicopedagogía. | Recibo de pago |
| 3 | Psicopedagogo (a) | Recibe al usuario en el área de psicopedagogía y aplica una valoración psicopedagógica. | Entrevista inicial: Psicopedagogía |
| 4 | Terapia de lenguaje | Elabora nota psicopedagógica de los resultados de la entrevista y valoración. | |
| 5 | Psicopedagogo (a) | Otorga terapia individual de acuerdo al plan de tratamiento prescrito. | |
| 7 | Psicopedagogo (a) | Orienta e indica al usuario que acuda a su cita médica subsecuente. | . |
| 8 | Psicopedagogo (a) | Anota datos relevantes durante las sesiones y avances del usuario en el tarjetón único de terapia y lo entrega a trabajo social | Tarjetón único de terapias. |
| 9 | Trabajo social | Recibe tarjetón único de terapias y notas e integra a el expediente clínico. | Tarjetón único de terapias. |
| FIN DEL PROCESO | | | |



|  | | PROCEDIMIENTO 12 | | FECHA |
|---|----------------------|---|----------------------|------------|
| | | Mantenimiento y limpieza de áreas en la unidad. | | 14/03/2024 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA: | | Unidad Básica de Rehabilitación de Tulancingo | | |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | | | |
| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DE TRABAJO | |
| 1 | Auxiliar de Limpieza | Llega a la unidad y abre las instalaciones en el horario establecido. | | |
| 2 | Auxiliar de Limpieza | Enciende el calentador de agua que surte las tinas de remolino del área de hidroterapia. | | |
| 3 | Auxiliar de Limpieza | Limpia bancas, paredes y pisos de las áreas comunes de la unidad | | |
| 4 | Auxiliar de Limpieza | Limpia mobiliario que se encuentre dentro de las áreas de la institución, solicita la autorización del personal del área. | | |
| 5 | Auxiliar de Limpieza | Revisa dispensadores de gel o jabón (coloca si hacen falta). | | |
| 7 | Auxiliar de Limpieza | Realiza limpieza de sanitarios, lavabos, espejos y mamparas. | | |
| 8 | Auxiliar de Limpieza | Cierra las instalaciones de la unidad en el horario establecido. | | |
| FIN DEL PROCESO | | | | |

Y09 ICAM

INTRODUCCION

Con fundamento en la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo Artículo 56 fracción I inciso b) y fracción II inciso a) en donde se indica; las dependencias de la Administración Pública Municipal deberán contar con manuales de organización, servicios y procedimientos y otros instrumentos para mejorar el desempeño de la administración;

De acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, el presidente Municipal Constitucional de Tulancingo de Bravo, el Lic. Cesáreo Jorge Márquez Alvarado establece el compromiso de hacer eficiente los servicios públicos, teniendo la certeza de contar con un gobierno municipal transparente y cercano a la gente.

Derivado de lo anterior, el presente manual tiene como objetivo, dotar a los funcionarios públicos de un instrumento que permita hacer más eficiente los trámites y servicios, así como los procesos internos, encaminando sus objetivos, estrategias, acciones y políticas públicas. Por ello, su organización y sistema de trabajo deben revisarse y modernizarse constantemente, a fin de garantizar una gestión pública eficiente y moderna.

OBJETIVO DEL MANUAL

El presente manual es un instrumento de apoyo que proporciona y establece de forma ordenada la estructura organizacional formal, así como el control, responsabilidad y comunicación dentro del instituto de Capacitación y Asistencia Médica para lograr el aprovechamiento de los recursos y el desarrollo de las funciones que se realizan.

MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo.
- Ley de Prestamos, Compensaciones por retiro y Jubilaciones.
- Ley de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como de los Organismos Descentralizados, del Estado de Hidalgo.
- Reglamento interior de la Administración Pública Municipal de Tulancingo de Bravo, Hgo.
- Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.

ATRIBUCIONES

Artículo 25.- La Dirección del Instituto de Capacitación y Asistencia Médica, tiene por objeto:

A) Propiciar la cultura de preparación constante al interior de las familias, a través de la interacción entre los miembros de estas, como alternativas que permitan obtener mayores ingresos para el mejoramiento de su calidad de vida.

B) Otorgar asistencia médica, odontológica, psicológica y nutricional que contribuye a la salud y mejoramiento de la calidad de vida de las personas. El Instituto de Capacitación y Asistencia Médica tendrá las siguientes facultades y obligaciones:

I.- Impartir cursos artísticos, culturales, deportivos, gastronómicos y otros que permitan mejorar la calidad de vida y en su caso generar ingresos económicos;

II.- Otorgar consultas médicas y odontológicas a la población del municipio; y

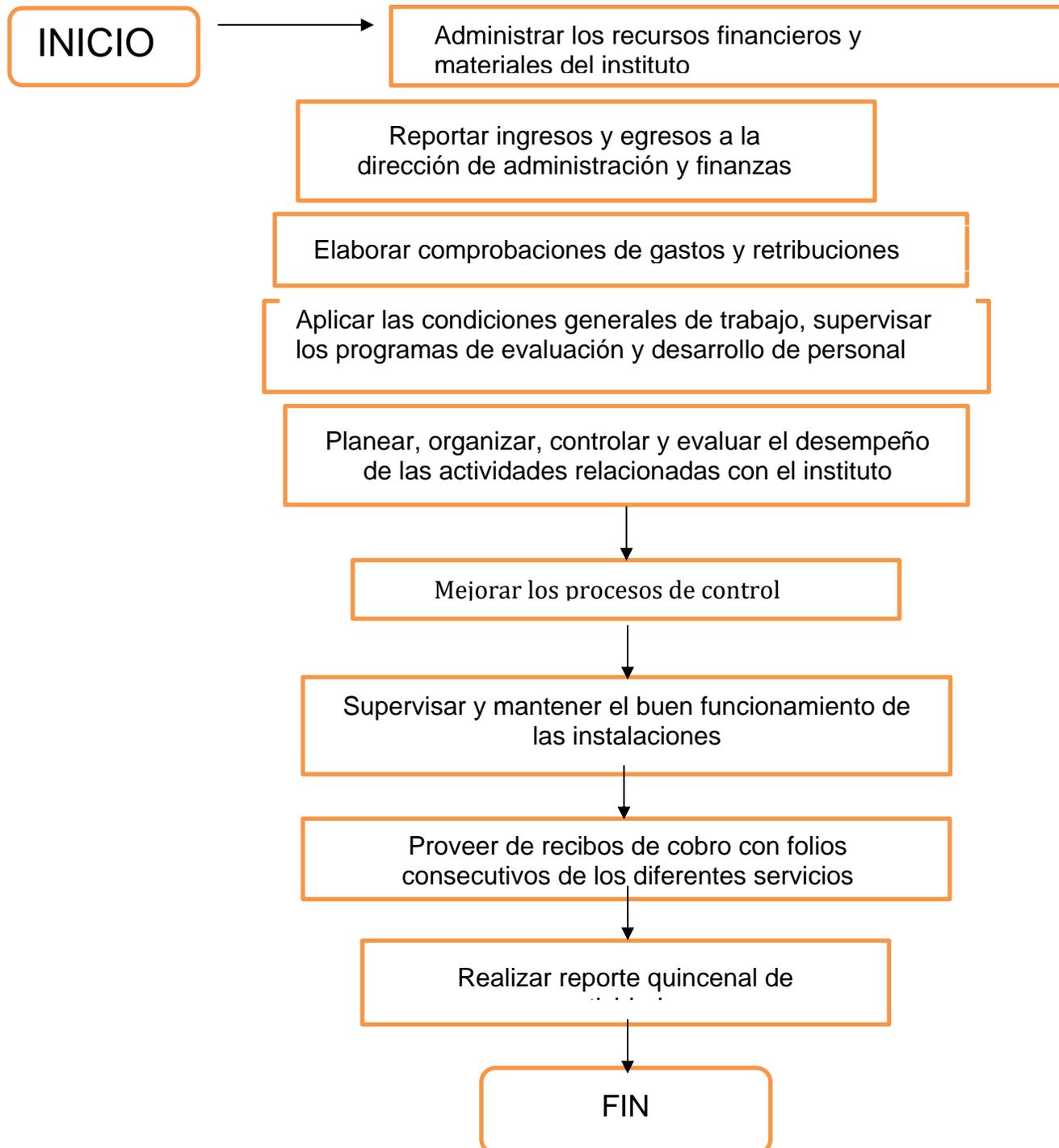
III.- Otorgar servicio de terapia psicológica y de orientación nutricional a la población del municipio. El Instituto de Capacitación y Asistencia Médica, contará con una dirección, cuyo titular se encargará de realizar actividades relativas a la dirección, administración, supervisión y vigilancia de las actividades que se realizan en esta.

Esta dependencia contará con una directora o director, que se encargará de dirigir, organizar, administrar, vigilar y supervisar el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos que se describen en el presente artículo

DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS

|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|---------------|---|----------------------------|---|
| | Dirección | | Fecha: 7/03/2024 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 1 | |
| Unidad Administrativa: INSTITUTO DE CAPACITACION Y ASISTENCIA MEDICA | | Área responsable: DIRECCION | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | | Administrar los recursos financieros y materiales del instituto. | N/A | |
| 2 | | Reportar ingresos y egresos a la Dirección de Administración y Finanzas. | Informes mensuales | |
| 3 | | Elaborar comprobaciones de gastos y pago de retribuciones | Informes mensuales | |
| 4 | DIRECTOR | Aplicar las condiciones generales de trabajo, supervisar de los programas de evaluación y desarrollo de personal. | Manual de organización | |
| 5 | | Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las actividades relacionadas con el instituto. | PBR | |
| 6 | | Mejorar los procesos de control interno de la dirección. | Manual de procedimientos | |
| 7 | | Supervisar y mantener el buen funcionamiento de las instalaciones | n/a | |
| 8 | | Proveer de recibos de cobro con folios consecutivos de los diferentes servicios ofrecidos en el instituto | n/a | |
| 9 | | Realizar reporte quincenal de actividades | Reporte de actividades | |

DIAGRAMA DE FLUJO DIRECCION





Procedimiento

PR-DO-00

**AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**

Fecha:

07/03/2024

Versión: 1.0

Página: 2

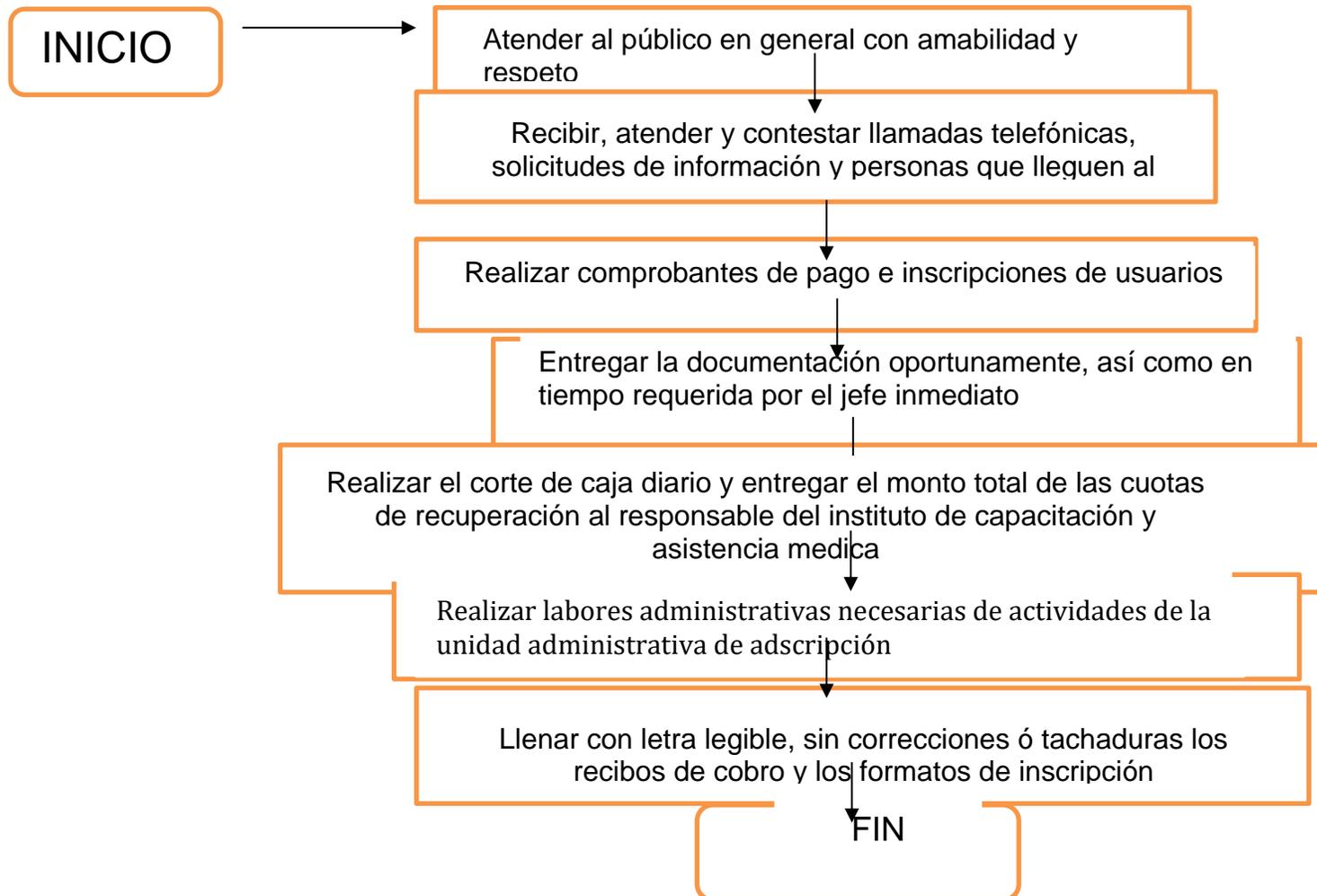
Unidad Administrativa: INSTITUTO DE
CAPACITACION Y ASISTENCIA
MEDICA

Área responsable:
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Descripción de Actividades.

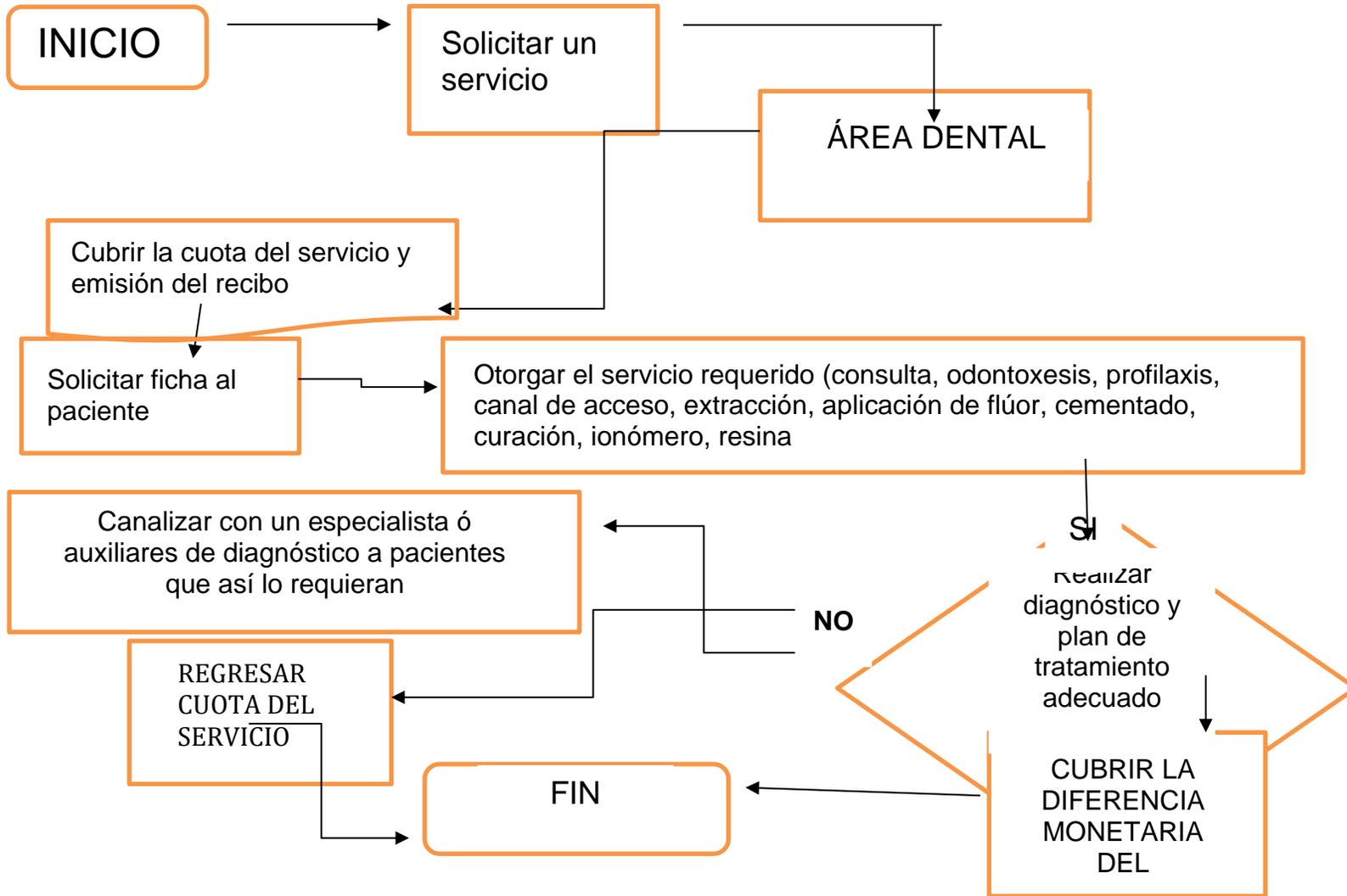
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo |
|-------------|-------------------------|---|--|
| 1 | | Atender al público en general con amabilidad y respeto | N/A |
| 2 | | Recibir, atender y contestar llamadas telefónicas, solicitudes de información y personas que lleguen al domicilio. | N/A |
| 3 | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Realizar comprobantes de pago e inscripciones de usuarios | RECIBOS DE PAGO, FORMATOS DE INSCRIPCION |
| 4 | | Entregar la documentación oportunamente, así como en tiempo requerida por el jefe inmediato | INFORMES MENSUALES |
| 5 | | Realizar el corte de caja diario y entregar el monto total de las cuotas de recuperación al responsable del Instituto de Capacitación y Asistencia Médica | LIBRETA DE CONTROL, INTERNO |
| 6 | | Realizar labores administrativas necesarias de actividades de la Unidad Administrativa de adscripción | N/A |
| 7 | | Llenar con letra legible, sin correcciones ó tachaduras los recibos de cobro y los formatos de inscripción | RECIBOS DE COBRO DE SERVICIOS |

DIAGRAMA DE FLUJO AUXILIAR ADMINISTRATIVO



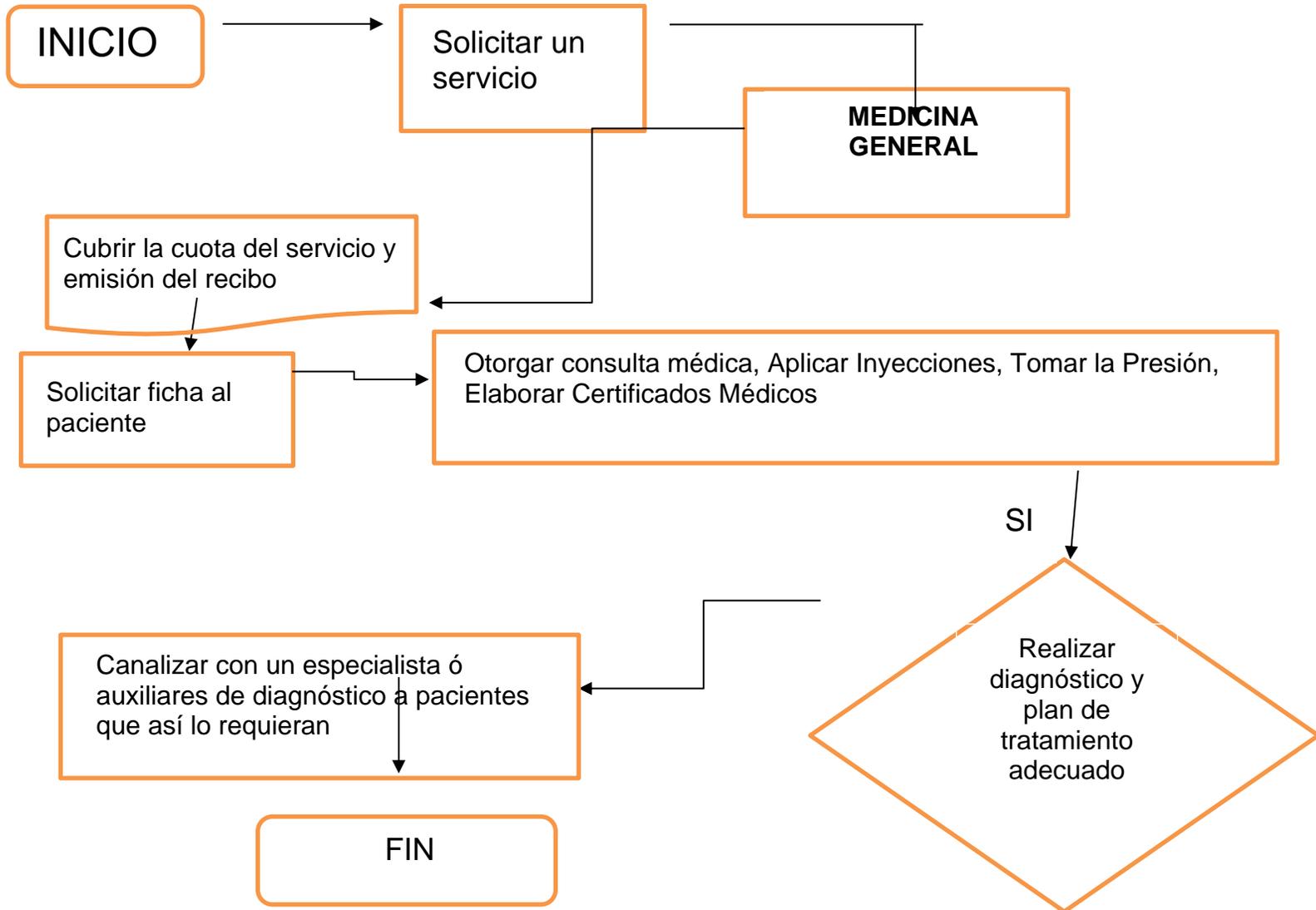
|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|-------------------------------|--|-----------------------------|---|
| | SERVICIOS DENTALES | | Fecha: 07/03/2024 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 3 | |
| Unidad Administrativa: INSTITUTO DE CAPACITACION Y ASISTENCIA MEDICA | | Área responsable: DENTAL | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | | Solicitar ficha al paciente | N/A | |
| 2 | LICENCIADO EN CIRUJANO DENTAL | Otorgar el servicio requerido (consulta, odontoxesis, profilaxis, canal de acceso, extracción, aplicación de flúor, cementado, curación, ionómero, resina) | N/A | |
| 3 | | Realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado | RECETAS MEDICAS | |
| 4 | | Canalizar con un especialista ó auxiliares de diagnóstico a pacientes que así lo requieran. | N/A | |

DIAGRAMA DE FLUJO AREA DENTAL



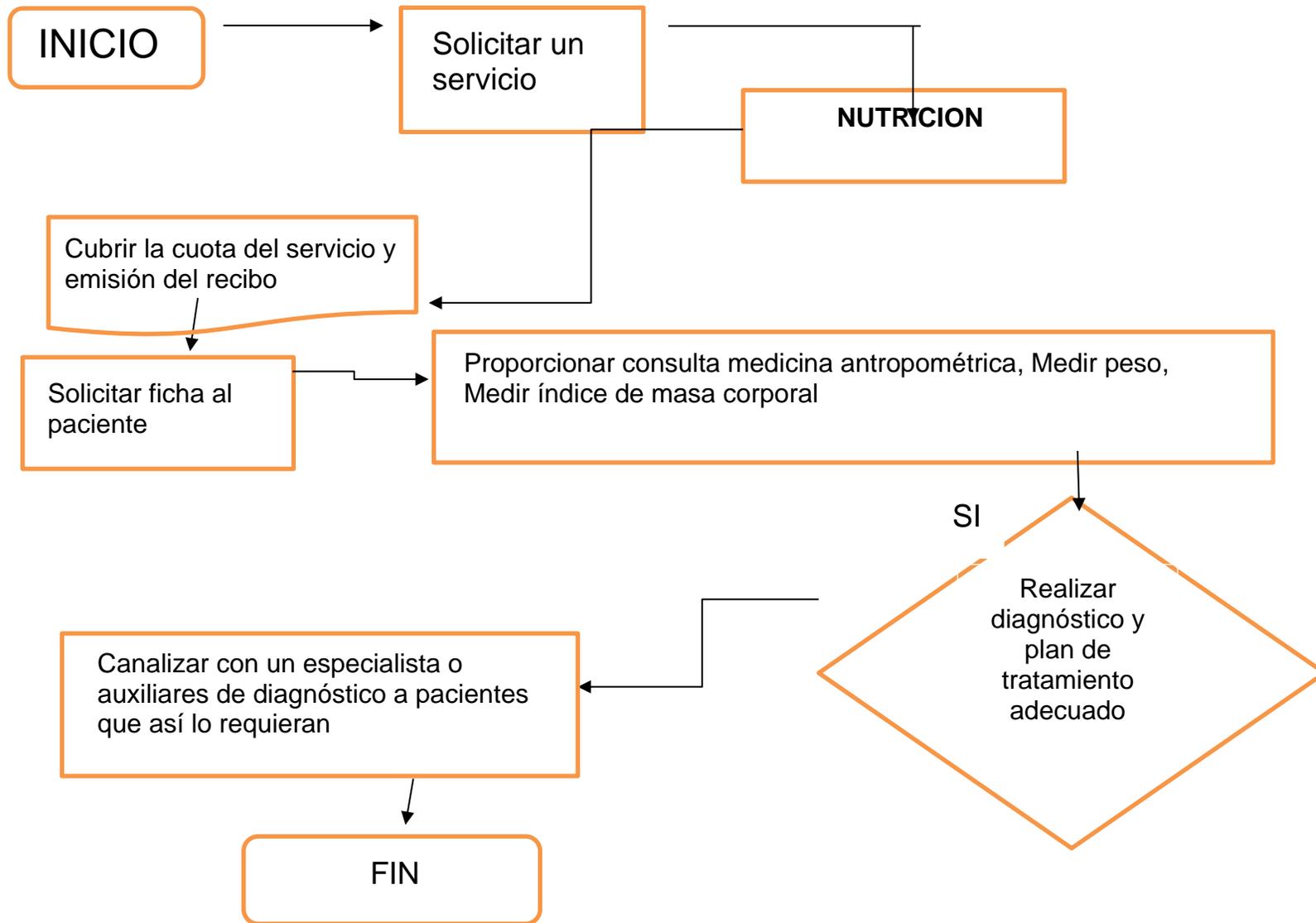
| | | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---|
|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
| | MEDICINA GENERAL | | Fecha: 07/03/2024 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 4 | |
| Unidad Administrativa: INSTITUTO DE CAPACITACION Y ASISTENCIA MEDICA | | Área responsable: MEDICINA GENERAL | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | | Solicitar ficha al paciente | N/A | |
| 2 | LICENCIADO MEDICO GENERAL | Otorgar consulta médica, Aplicar Inyecciones, Tomar la Presión, Elaborar Certificados Médicos | N/A | |
| 3 | | Realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado | RECETAS MEDICAS | |
| 4 | | Canalizar con un especialista ó auxiliares de diagnóstico a pacientes que así lo requieran. | N/A | |

DIAGRAMA DE FLUJO AREA MEDICINA GENERAL



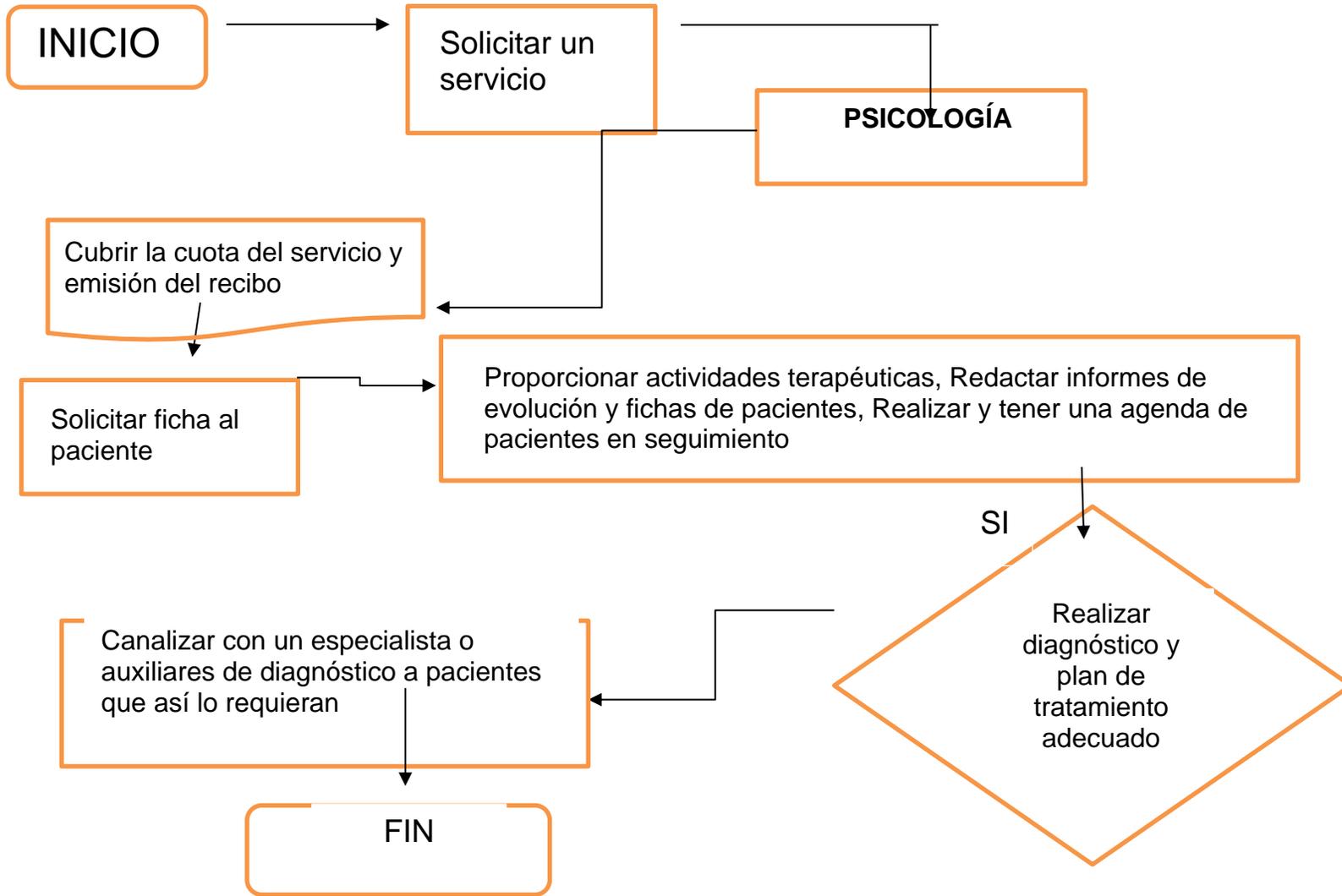
|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|-------------------------|---|-----------------------------|---|
| | <h1>NUTRICIÓN</h1> | | Fecha: 07/03/2024 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | | Página: 5 | |
| Unidad Administrativa: INSTITUTO DE CAPACITACION Y ASISTENCIA MEDICA | | Área responsable: NUTRICION | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | | Solicitar ficha al paciente | N/A | |
| 2 | | Proporcionar consulta medicina antropométrica | N/A | |
| 3 | LICENCIADO EN NUTRICION | Medir peso | N/A | |
| 4 | | Medir índice de masa corporal | N/A | |
| 5 | | Realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado | PLANES ALIMENTICIOS | |
| 6 | | Canalizar con un especialista ó auxiliares de diagnóstico a pacientes que así lo requieran. | N/A | |

DIAGRAMA DE FLUJO AREA NUTRICION



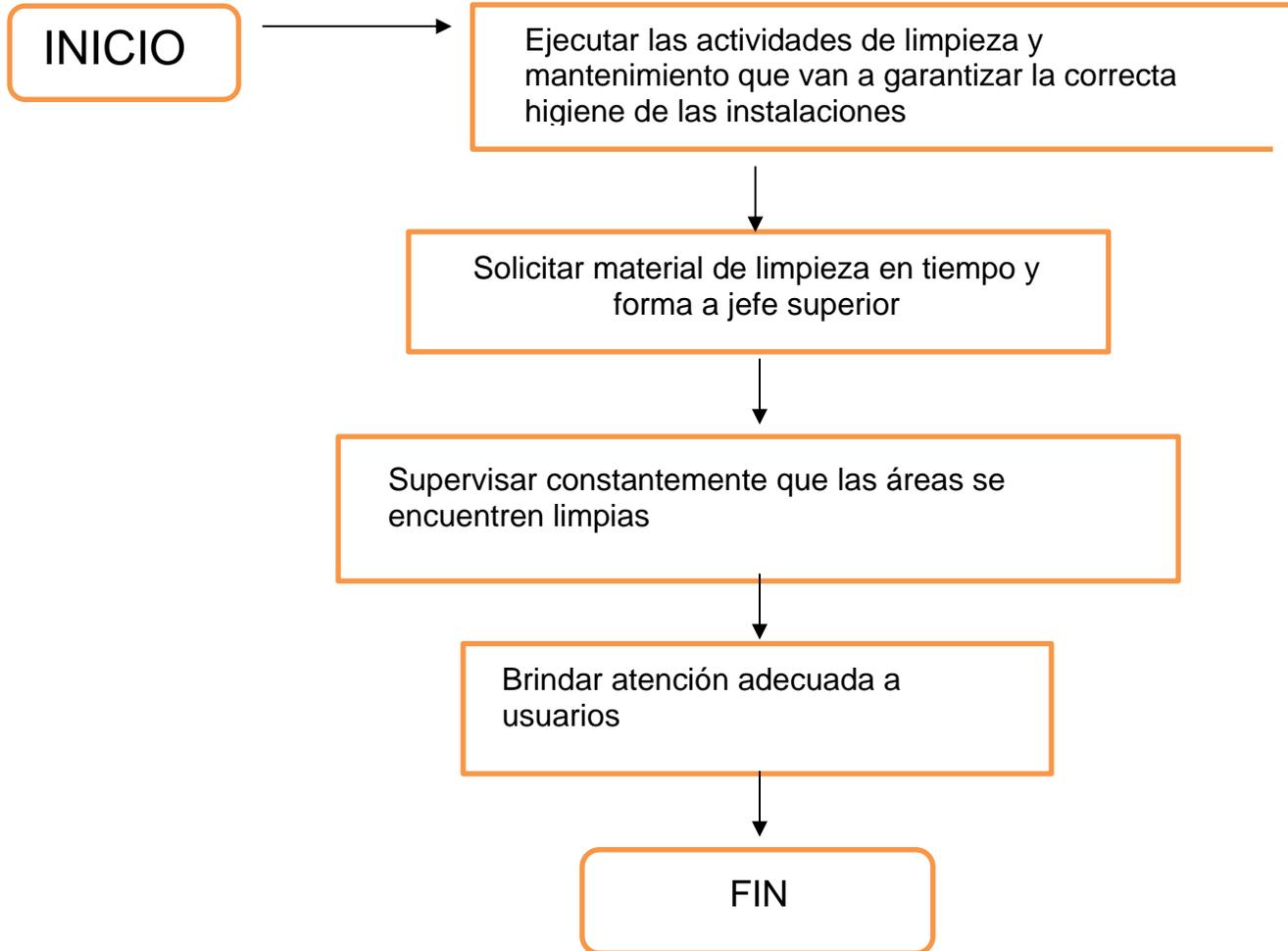
|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  |
|---|--------------------------|---|------------------------------|---|
| | PSICOLOGÍA | | Fecha: 07/03/2024 | |
| | | | Versión: 1.0 | |
| | | Página: 6 | | |
| Unidad Administrativa: INSTITUTO DE CAPACITACION Y ASISTENCIA MEDICA | | | Área responsable: PSICOLOGÍA | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | | Solicitar ficha al paciente | N/A | |
| 2 | | Proporcionar actividades terapéuticas | N/A | |
| 3 | LICENCIADO EN PSICOLOGÍA | Redactar informes de evolución y fichas de pacientes | FICHAS DE SEGUIMIENTO | |
| 4 | | Realizar y tener una agenda de pacientes en seguimiento | AGENDA INTERNA | |
| 5 | | Realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado | TEST | |
| 6 | | Canalizar con un especialista ó auxiliares de diagnóstico a pacientes que así lo requieran. | N/A | |

DIAGRAMA DE FLUJO AREA PSICOLOGÍA



|  | Procedimiento | | PR-DO-00 |  <small>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANGINGO DE BRAVO, HGO.</small> |
|---|--|--|---|---|
| | <h1 style="text-align: center;">INTENDENCIA</h1> | | Fecha:07/03/2024 | |
| | | | Versión: 1.0 Página: 7 | |
| Unidad Administrativa: INSTITUTO DE CAPACITACION Y ASISTENCIA MEDICA | | Área responsable: INTENDENCIA | | |
| Descripción de Actividades. | | | | |
| Paso | Responsable | Actividad | Documento de trabajo | |
| 1 | | Ejecutar las actividades de limpieza y mantenimiento que van a garantizar la correcta higiene de las instalaciones | N/A | |
| 2 | PERSONAL DE LIMPIEZA | Solicitar material de limpieza en tiempo y forma a jefe superior | FORMATO DE REQUISICIONES DE MATERIAL | |
| 3 | | Supervisar constantemente que las áreas se encuentren limpias | N/A | |
| 4 | | Brindar atención adecuada a usuarios | N/A | |

DIAGRAMA DE FLUJO AREA DE INTENDENCIA



FORMATOS DE RECIBOS DE PAGO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL INSTITUTO: DENTAL, MEDICINA GENERAL, CAPACITACION, NUTRICION, PSICOLOGIA.



DIF INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
SISTEMA MUNICIPAL Y ASISTENCIA MÉDICA
CONSULTA DENTAL
GOBIERNO MUNICIPAL 2020 - 2024 R.F.C. SMD880323MD5

| FECHA | | | FOLIO |
|-------|-----|-----|---------|
| DÍA | MES | AÑO | Nº 4766 |

NOMBRE: _____
 CONSULTA GENERAL: _____
 GRATUITA: _____
 AUTORIZA: _____
 TURNO: _____
 MÉDICO: _____

| | |
|---|-----------------|
| Vo. Bo. DIRECTOR  | TOTAL \$ |
|---|-----------------|

TOTAL CON LETRA _____

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo
 Boulevard Nuevo San Nicolás s/n, Fracc. Nuevo San Nicolás 43640
 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755-84-50 Ext. 1176



DIF INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
SISTEMA MUNICIPAL Y ASISTENCIA MÉDICA
MEDICINA GENERAL
GOBIERNO MUNICIPAL 2020 - 2024 R.F.C. SMD880323MD5

| FECHA | | | FOLIO |
|-------|-----|-----|---------|
| DÍA | MES | AÑO | Nº 1188 |

NOMBRE: _____
 CONSULTA GENERAL: _____
 GRATUITA: _____
 AUTORIZA: _____
 TURNO: _____
 MÉDICO: _____

| | |
|--|-----------------|
| Vo. Bo. DIRECTOR  | TOTAL \$ |
|--|-----------------|

TOTAL CON LETRA _____

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo
 Boulevard Nuevo San Nicolás s/n, Fracc. Nuevo San Nicolás 43640
 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755-84-50 Ext. 1176



DIF INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
SISTEMA MUNICIPAL Y ASISTENCIA MÉDICA
CAPACITACIÓN
GOBIERNO MUNICIPAL 2020 - 2024 R.F.C. SMD880323MD5

| FECHA | | | FOLIO |
|-------|-----|-----|---------|
| DÍA | MES | AÑO | Nº 2327 |

NOMBRE: _____
 CURSO: _____
 INSCRIPCIÓN: _____
 COLEGIATURA: _____

| | |
|---|-----------------|
| Vo. Bo. DIRECTOR  | TOTAL \$ |
|---|-----------------|

TOTAL CON LETRA _____

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo
 Boulevard Nuevo San Nicolás s/n, Fracc. Nuevo San Nicolás 43640
 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755-84-50 Ext. 1176



DIF INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
SISTEMA MUNICIPAL Y ASISTENCIA MÉDICA
GOBIERNO MUNICIPAL PSICOLOGÍA
 2020 - 2024 R.F.C. SMD880323MD5

| FECHA | | |
|-------|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

| FOLIO |
|----------------|
| Nº 2479 |

NOMBRE:

CONSULTA GENERAL:

GRATUITA:

AUTORIZA:

TURNO:

MÉDICO:

| Vo. Bo. DIRECTOR |
|------------------|
| |

| TOTAL \$ |
|----------|
| |

| TOTAL CON LETRA |
|-----------------|
| |

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo
 Boulevard Nuevo San Nicolás s/n, Fracc. Nuevo San Nicolás 43640
 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755-84-50 Ext. 1176



DIF INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
SISTEMA MUNICIPAL Y ASISTENCIA MÉDICA
GOBIERNO MUNICIPAL NUTRICIÓN
 2020 - 2024 R.F.C. SMD880323MD5

| FECHA | | |
|-------|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

| FOLIO |
|----------------|
| Nº 0523 |

NOMBRE:

CONSULTA GENERAL:

GRATUITA:

AUTORIZA:

TURNO:

MÉDICO:

| Vo. Bo. DIRECTOR |
|------------------|
| |

| TOTAL \$ |
|----------|
| |

| TOTAL CON LETRA |
|-----------------|
| |

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tulancingo de Bravo, Hidalgo
 Boulevard Nuevo San Nicolás s/n, Fracc. Nuevo San Nicolás 43640
 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755-84-50 Ext. 1176