
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DE CALIMAYA 2025-2027



Ayuntamiento 2025 • 2027
Calimaya
Un gobierno para *todas* *todos*

OCTUBRE 2025

➤ ÍNDICE	PAG.
➤ INTRODUCCIÓN	3
➤ OBJETIVO	4
➤ MARCO JURÍDICO	5
➤ PRESIDENCIA	6
➤ DIRECCIÓN	8
➤ UIPPE	10
➤ UNIDAD DE TRANSPARENCIA	15
➤ TESORERÍA	17
➤ ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	55
➤ PROCURADURÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	57
➤ COORDINACIÓN DE PROGRAMAS	71
➤ ESTANCIA INFANTIL “MADRE TERESA DE CALCUTA” Y “MÓNICA PRETELINI”.	73
➤ UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL	85
➤ COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	105
➤ COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A ADULTOS MAYORES	131
➤ COORDINACIÓN DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN FAMILIAR	133
➤ COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR	145

INTRODUCCIÓN

Uno de los designios principales otorgado al Sistema Municipal DIF de Calimaya para este gobierno Municipal es el de mejorar las funciones y consecuentemente incrementar la eficiencia y eficacia en cada uno de los servicios que la dependencia otorga a través de las unidades administrativas que lo conforman.

Por tal motivo es de transcendental importancia contar con un sistema de gestión que permita dar una oportuna y puntual respuesta a las solicitudes de los habitantes, así como la búsqueda permanente del bienestar social y bien común, garantizando en todo momento un servicio de calidez y calidad.

Derivado de lo anterior el Sistema Municipal DIF de Calimaya ha diseñado el presente Manual con el objeto de estandarizar los procedimientos de cada una de las áreas administrativas, robusteciendo discernimientos de contenido que permiten la ejecución de las funciones a través de la sistematización de las actividades, identificando en cada uno de los procesos la técnica para llevarlas a cabo, agrupando operaciones precisas con un objetivo común y así poder establecer un protocolo que describa la secuencia lógica de las distintas actividades que deben realizarse para su desarrollo; refiriendo su finalidad, base legal, requisitos o sustento, las dependencias que intervienen, los cargos de los responsables de su ejecución y un desarrollo secuencial de acciones.

El contenido del presente manual quedará sujeto a modificaciones cada vez que la normatividad aplicable y/o tareas al interior de las áreas de la entidad, signifiquen cambios en sus atribuciones y en su estructura a fin de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz.

OBJETIVO

Facilitar el desempeño de las funciones, proporcionando una herramienta general que marque los procedimientos con uniformidad, contenido y presentación, que permita mejorar el cumplimiento de las acciones y el funcionamiento de las unidades del Sistema Municipal DIF; asimismo, facilite a quienes aquí laboren, conocerlos con mayor profundidad para una mejor práctica en sus actividades diarias; actualizando los medios de información para difundir la misma a los usuarios de manera oportuna.

MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de México.
- Ley del Trabajo de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglas de Operación de los Programas Asistenciales emitidos por DIFEM.

Presidencia

Nombre del Servicio:

Recepción de solicitudes del público en general

Objetivo:

Planear, coordinar, dirigir y supervisar las actividades de los diferentes programas de asistencia social que realizan las diferentes áreas que integran el Sistema Municipal DIF.

Políticas de Operación:

1. Se entrega un escrito libre por parte del ciudadano.
2. El horario de atención de oficina es de 9:00 a 16:00 horas.
3. Los servicios están dirigidos a la población en general.

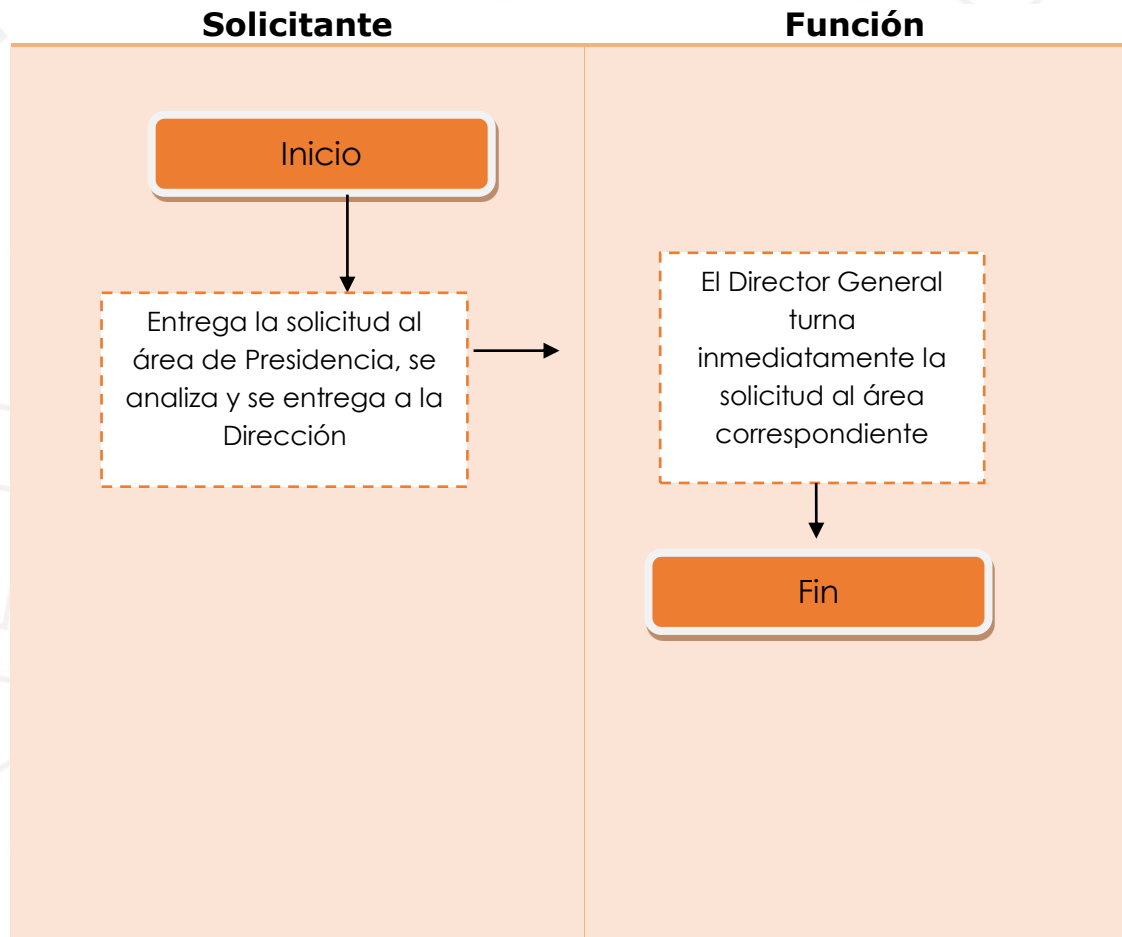
Tiempo de respuesta:

Un día

Descripción del servicio

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Solicitante	Inicio del Procedimiento Se entrega la solicitud a Presidencia, se analiza y se entrega a dirección.	N/A
2	Director General	Turna inmediatamente la solicitud al área correspondiente. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Presidencia



Dirección General

Nombre del servicio:

Recepción de solicitudes del público en general.

Objetivo:

Planear, organizar, dirigir y controlar las acciones de las unidades administrativas del Organismo, tendientes a dar cumplimiento a los objetivos institucionales de procuración de bienestar familiar, con base en las políticas, normas, disposiciones generales y criterios de evaluación establecidos en coordinación con la Presidencia y aprobados por la Junta de Gobierno

Políticas de Operación:

1. Se entrega un escrito libre por parte del ciudadano.
2. El horario de atención de oficina es de 9:00 a 16:00 horas.
3. Los servicios están dirigidos a la población en general.

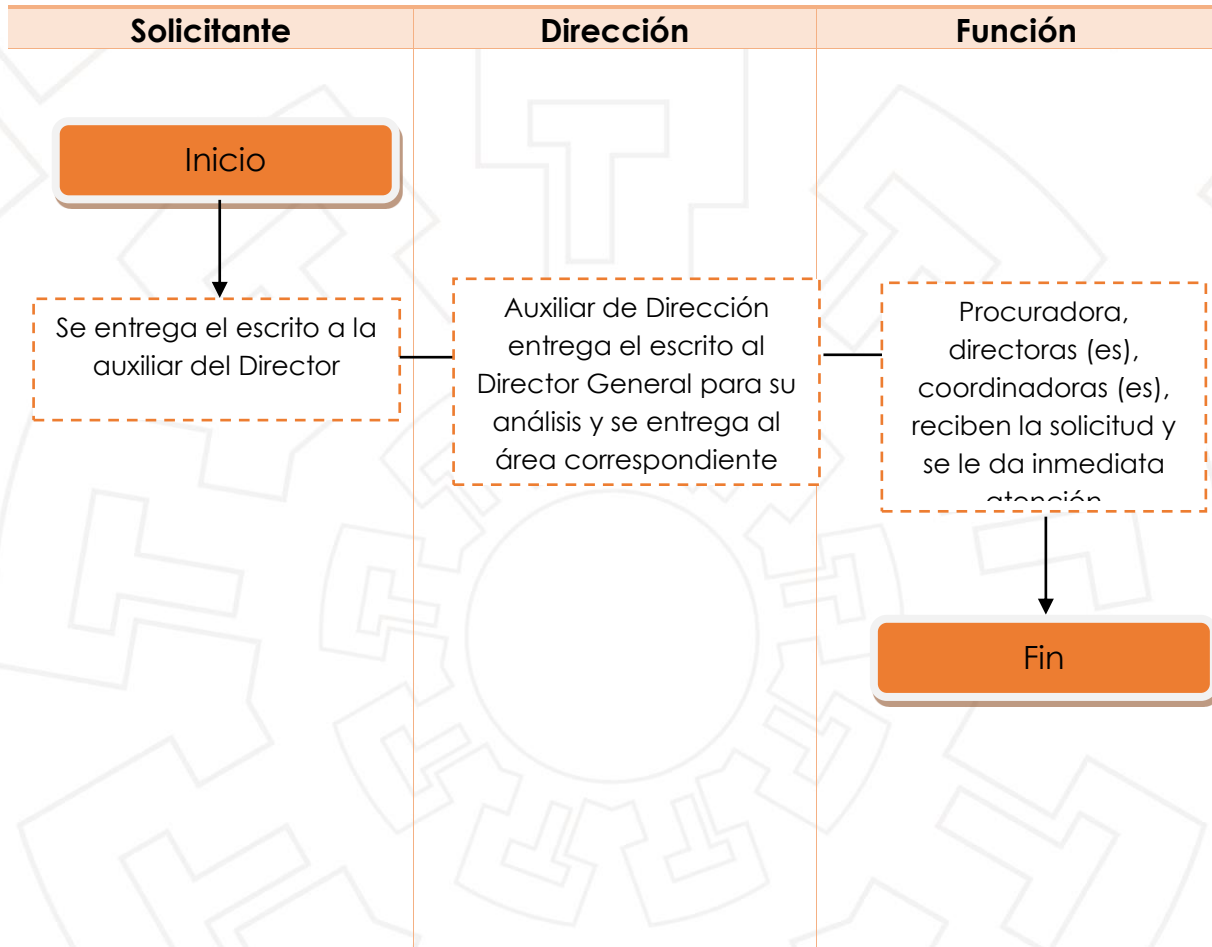
Tiempo de respuesta:

Un día

Descripción del servicio

Paso	Responsables	Descripción de Actividades	Formato
1	Solicitante	Inicio del Procedimiento Se entrega el escrito a la auxiliar del Director.	N/A
2	Auxiliar de Dirección	Entrega el escrito al Director General para su análisis y se entrega al área correspondiente.	N/A
3	Procuradora, directoras (es), o coordinadores.	Reciben el escrito y se le da inmediata atención. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo de Dirección



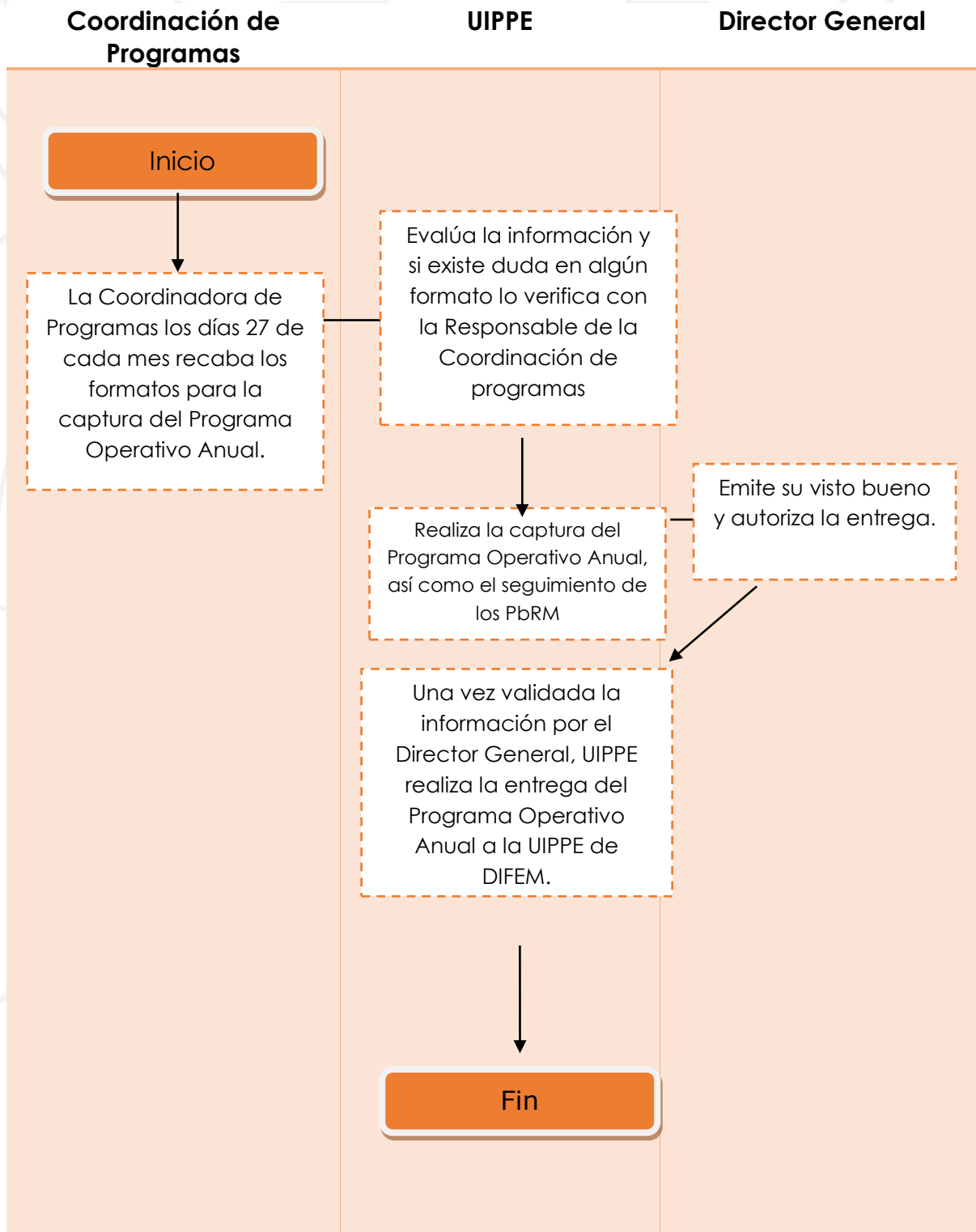
Unidad De Información, Planeación, Programación Y Evaluación (UIPPE).

Nombre del servicio:	Elaboración, ejecución y evaluación del Programa Operativo Anual
Objetivo:	Coordinar los procesos de planeación, programación, integración y evaluación del Programa Operativo Anual.
Políticas de Operación:	1. Las entregas de reportes se realizan los días 27 de cada mes. 2. Formato debidamente llenado.
Tiempo de respuesta:	Dos días hábiles.

Descripción del servicio

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	La Coordinadora de Programas	Inicio del Procedimiento Los días 27 de cada mes recaba los formatos para la captura del Programa Operativo Anual.	Informe
2	UIPPE	Evalúa la información y si existe duda en algún formato lo verifica con la Coordinación de Programas.	Informe
3	UIPPE	Realiza la captura del Programa Operativo Anual así como el seguimiento de los PbRM.	N/A
4	Director General	Emite su visto bueno y autoriza la entrega.	N/A
5	UIPPE	Una vez validada la información por el Director General, UIPPE realiza la entrega del Programa Operativo Anual a la UIPPE de DIFEM.	
Fin del Procedimiento			

Diagrama de flujo UIPPE



Formatos de UIPPE




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO

PROGRAMA OPERATIVO ANUAL MUNICIPAL DE SALUD, SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (PA) 2025

SMDIF: CALIMAYA

AÑO: 2025

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA 2025

Fin: 02 Desarrollo Social

Función: 0203 Salud

Subfunción: 020301 Prestación de servicios de salud a la comunidad.- Incluye las campañas para la promoción y prevención de salud y el fomento de la salud pública, tales como la vigilancia

Programa: 02030101 Prevención médica .- Incluye acciones de promoción, prevención y fomento de la salud pública para contribuir a la disminución de enfermedades y mantener un buen estado

Subprograma: 0203010101 Prevención médica iterativa

Proyecto: 020301010101 Medicina preventiva.- Comprende las acciones enfocadas a la aplicación de biológicos, para disminuir las enfermedades prevenibles por vacunación y preservar el estado

CLAVE DIFEM	UNIDAD ADMYA. RESPONSABLE (MPAL.)	METAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL 2025	TIPOLOGÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Avance A Absoluto
1	SERVICIOS MÉDICOS	REALIZAR DETECCIÓN OPORTUNAS DE CÁNCER MAMARIO (EXPLORACIONES)	EXAMEN (SUMA)	135	PROGRAMADO	15	16	16	9	9	9	11	11	11	20	4	4	85
					REALIZADO	15	16	16	9	9	9	11						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	15	16	16	9	9	9	11						
2	SERVICIOS MÉDICOS	REALIZAR EXÁMENES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO (CITOLOGÍAS)	EXAMEN (SUMA)	135	PROGRAMADO	15	16	16	9	9	9	11	11	11	20	4	4	85
					REALIZADO	15	16	16	9	9	9	11						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	15	16	16	9	9	9	11						
3	SERVICIOS MÉDICOS	DISTRIBUIR MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE NATALIDAD	ANTICONCEPTIVO (SUMA)	60	PROGRAMADO	0	10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	35
					REALIZADO	0	10	5	5	5	5	5						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	10	5	5	5	5	5						
Proyecto: 020301010201 Promoción de la salud.- Incluye acciones enfocadas a mantener informada a la población sobre los temas relacionados con el autocuidado de la salud integral que c																		
CLAVE DIFEM	UNIDAD ADMYA. RESPONSABLE (MPAL.)	METAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL 2025	TIPOLOGÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Avance A Absoluto
ODONTOLOGÍA FIJA																		
1	SERVICIOS MÉDICOS	IMPARTIR ASESORÍAS DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, TANTO A PÚBLICO CAUTIVO (ESCUELAS Y PADRES DE FAMILIA), COMO A POBLACIÓN ABIERTA	ASESORÍA (SUMA)	880	PROGRAMADO	85	85	85	50	85	85	85	85	85	50	50	50	560
					REALIZADO	85	85	85	50	85	85	85						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	85	85	85	50	85	85	85						
2	SERVICIOS MÉDICOS	APLICACIÓN DE FLUOR A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESCUELAS PRIMARIAS DEL MUNICIPIO DE ACUERDO AL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO.	DOSIS (SUMA)	4.750	PROGRAMADO	500	500	500	250	500	500	250	0	500	500	500	250	3.000
					REALIZADO	500	500	500	250	500	500	250						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	500	500	500	250	500	500	250						
3	SERVICIOS MÉDICOS	OTORGAR CONSULTAS ODONTOLÓGICAS A LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO	CONSULTA (SUMA)	2.737	PROGRAMADO	235	235	235	168	260	260	216	270	245	270	235	168	1530
					REALIZADO	235	235	235	168	240	261	216						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	235	235	235	168	240	261	216						
4	SERVICIOS MÉDICOS	OTORGAR TRATAMIENTOS EN CONSULTORIO FIJO A POBLACIÓN ABIERTA AL MUNICIPIO.	TRATAMIENTO (SUMA)	3.600	PROGRAMADO	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	1938
					REALIZADO	300	285	285	225	270	286	277						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	300	285	285	168	240	261	216						
ODONTOLOGÍA MÓVIL																		
5	SERVICIOS MÉDICOS	OTORGAR CONSULTAS ODONTOLÓGICAS A LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO EN UNIDAD MÓVIL OTORGADA EN COMODATO POR DIFEM O PROPIA	CONSULTA (SUMA)	5	PROGRAMADO	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
					REALIZADO	0	0	0	0	0	0	0						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	0	0	0	0	0						
6	SERVICIOS MÉDICOS	PROPORCIONAR ORIENTACIONES INDIVIDUALES A LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS	ASESORÍA (SUMA)	1.000	PROGRAMADO	90	90	90	50	90	90	90	90	90	90	90	50	270
					REALIZADO	90	90	90	0	0	0	0						
					POBLACIÓN BENEFICIADA	90	90	90	0	0	0	0						

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
7	SERVICIOS MÉDICOS	OTORGAR TRATAMIENTOS EN UNIDAD MÓVIL (OTORGADA EN COMODATO POR DIFEM O PROPIA) A LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO	TRATAMIENTO (SUMA)	250	PROGRAMADO	0	0	0	50	50	0	50	0	50	0	50	0	0
					REALIZADO	0	0	0	0	0	0	0	0					
					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	0	0	0	0	0	0						0

Subfunción: 020302 Prestación de servicios de salud a la persona.-Este incluye la atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como la atención de urgencias en todos

Programa: 02030201 Atención médica.- Agrupa las líneas de acción dirigidas a proporcionar atención médica a la población mexicana, con efectividad y calidad de los servicios de salud

Subprograma: 0203020101 Fortalecimiento del diagnóstico y la atención médica

Proyecto: 020302010111.-Apoyo municipal a la prestación de servicios de salud para las personas.Engloba todas las acciones que resulten en apoyo municipal al desarrollo en materia de in

CLAVE DIFEM	UNIDAD ADMYA. RESPONSABLE (MPAL.)	METAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL 2025	TIPOLOGÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Avance A Absoluto
1	SERVICIOS MÉDICOS	OTORGAR CONSULTAS MÉDICAS EN CONSULTORIO FIJO A LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO	CONSULTA (SUMA)	1719	PROGRAMADO	155	160	158	140	140	140	160	158	158	140	105	105	
					REALIZADO	155	160	158	140	140	140	160						1053
					POBLACIÓN BENEFICIARIA	155	160	158	140	140	140	160						

Función: 0206 Protección social

Subfunción: 020608 Otros grupos vulnerables

Programa: 02060802 Atención a personas con discapacidad.-Integra los proyectos orientados a fortalecer la prevención, rehabilitación e integración social, de las personas con discapacidad

Subprograma: 0206080201 Fortalecimiento de los servicios para personas con discapacidad

Proyecto: 020608020102 Prevención y desarrollo de personas con discapacidad.- Incluye las actividades coadyuvantes en la prevención y disminución de la incidencia- prevalencia de las en

CLAVE DIFEM	UNIDAD ADMYA. RESPONSABLE (MPAL.)	METAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL 2025	TIPOLOGÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Avance A Absoluto
1	URIS	CAPTACIÓN DE CASOS DE PERSONAS CON POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS POR RAZÓN DE SU DISCAPACIDAD	PERSONA (SUMA)	4	PROGRAMADO	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
					REALIZADO	0	0	1	0	0	1	0						2
					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	0	2	0	0	1	0						

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
2		RAZÓN DE SU DISCAPACIDAD			POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	0	2	0	0	1	0						
1	2	URIS	IMPARTIR PLÁTICAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PLÁTICA (SUMA)	23	PROGRAMADO	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15
2					REALIZADO	1	2	2	2	3	3	2						
3					POBLACIÓN BENEFICIARIA	15	60	60	35	58	111	37						
4	3	URIS	REALIZAR CONVENIOS Y/O ACUERDOS QUE PROMUEVAN EL ACCESO Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A FAVOR DE SU INCLUSIÓN	CONVENIO (SUMA)	4	PROGRAMADO	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	2
5					REALIZADO	0	1	0	0	0	1	0						
6					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	1	0	0	0	1	0						
7	4	URIS	OTORGAR APOYOS CON RECURSO PROPIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	APOYO (SUMA)	130	PROGRAMADO	0	40	0	0	0	30	0	0	30	0	30	70
8					REALIZADO	0	40	0	0	0	30	0						
9					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	40	0	0	0	30	0						
10	5	URIS	CANALIZACIÓN DE CANDIDATOS PARA RECIBIR SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, EN FUNDACIÓN TELETON	PERSONA (SUMA)	1	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
11					REALIZADO	0	0	0	0	0	0	0						
12					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	0	0	0	0	0	0						
13	6	URIS	CANALIZACIÓN DE CANDIDATOS PARA RECIBIR SERVICIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN OTRAS INSTITUCIONES	PERSONA (SUMA)	8	PROGRAMADO	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	4
14					REALIZADO	0	1	4	0	1	1	0						
15					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	1	4	0	1	1	0						

Subprograma: 0206080202 Desarrollo integral para personas con discapacidad

Proyecto: 020608020201 Capacitación y promoción para el trabajo productivo de personas con discapacidad.- Engloba las acciones para promover la integración de personas con discapacidad

CLAVE DIFEM	UNIDAD ADMYA. RESPONSABLE (MPAL.)	METAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL 2025	TIPOLOGÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Avance A Absoluto
1	1	URIS	IMPARTIR PLÁTICAS DE SENSIBILIZACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA A FAVOR DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA POBLACIÓN EN GENERAL	PLÁTICAS (SUMA)	12	PROGRAMADO	2	2	2	0	0	2	2	0	0	1	1	10
2					REALIZADO	0	2	4	0	1	1	2						
3					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	22	110	0	40	23	43						
4	2	URIS	REALIZAR ACCIONES QUE PROMUEVAN EL BIENESTAR DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS	ACCIÓN (SUMA)	3	PROGRAMADO	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3
5					REALIZADO	0	1	0	0	0	1	1						
					POBLACIÓN BENEFICIARIA	0	18	0	0	0	11	11						



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
3	URIS	TRABAJO A FAVOR DE LA INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	TRABAJO (SUMA)	3	REALIZADO	0	0	1	0	0	0	0						1
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	1	0	0	0	0						
4	URIS	GESTIONAR EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y DEPORTIVAS	ACCIÓN (SUMA)	400	PROGRAMADO	50	50	50	30	40	0	0	0	50	0	50	80	
					REALIZADO	50	50	150	4	66	0	0						320
					POBLACIÓN BENEFICIADA	100	50	350	4	66	0	0						
5	URIS	INCLUIR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PRODUCTIVO PARA EL AUTO EMPLEO	PERSONA (SUMA)	6	PROGRAMADO	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	
					REALIZADO	0	2	0	0	0	2	0						4
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	2	0	0	0	2	0						
6	URIS	INCLUIR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD AL EMPLEO FORMAL	PERSONA (SUMA)	4	PROGRAMADO	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	
					REALIZADO	0	0	1	0	0	1	0						2
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	1	0	0	1	0						

Subprograma: 0206080203 Rehabilitación a personas con discapacidad

Proyecto: 020608020301 Atención integral a personas con discapacidad. -Incluye las acciones destinadas a brindar los servicios de atención médica, paramédica, rehabilitación integral y

CLAVE DIFEM	UNIDAD ADMYA. RESPONSABLE (MPAL.)	METAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL 2025	TIPOLOGÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Avance A Absoluto
-------------	-----------------------------------	-------	------------------	-----------------	-----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------------------

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)

1	URIS	IMPARTIR PLÁTICAS SOBRE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOLOGÍA DE ALARMA PARA DAÑO NEUROLÓGICO EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA DEL INFANTE	PLÁTICA (SUMA)	16	PROGRAMADO	0	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	
					REALIZADO	0	2	2	1	2	1	1						9
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	20	60	40	52	21	17						
2	URIS	DETECTAR EN COMUNIDADES VULNERABLES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE GRUPOS MINORITARIOS	PERSONA (SUMA)	240	PROGRAMADO	30	30	30	10	10	20	20	20	20	20	20	10	
					REALIZADO	30	30	30	10	10	20	20						150
					POBLACIÓN BENEFICIADA	30	30	30	10	10	20	20						
3	URIS	GESTIONAR REDES DE APOYO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE FAVOREZCAN SU INCLUSIÓN	GESTIÓN (SUMA)	4	PROGRAMADO	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
					REALIZADO	0	0	1	0	1	0	0						2
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	150	0	128	0	0						

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
		FAVOREZCAN SU INCLUSIÓN			POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	150	0	128	0	0						
4	URIS	GESTIONAR LA ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS A GRUPOS MINORITARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	GESTIÓN (SUMA)	15	PROGRAMADO	0	0	0	0	7	0	0	0	0	8	0	0	
					REALIZADO	0	0	0	0	7	0	0						7
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	0	0	7	0	0						
5	URIS	OTORGAR CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDAD A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	CONSULTA (SUMA)	540	PROGRAMADO	30	45	50	40	40	50	35	60	60	40	60	30	
					REALIZADO	30	62	66	63	52	49	53						375
					POBLACIÓN BENEFICIADA	30	62	66	63	52	49	53						
6	URIS	OTORGAR CONSULTAS DE PSICOLOGÍA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	CONSULTA (SUMA)	410	PROGRAMADO	15	40	40	40	40	40	35	40	40	30	30	20	
					REALIZADO	17	41	42	34	48	61	44						287
					POBLACIÓN BENEFICIADA	17	41	42	34	48	61	44						
7	URIS	APLICAR TERAPIAS FÍSICAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	TERAPIA (SUMA)	9.130	PROGRAMADO	430	650	800	500	650	850	950	950	1.100	1.100	750	400	
					REALIZADO	874	1.628	1.420	1.244	1.359	1.454	1.264						9.243
					POBLACIÓN BENEFICIADA	258	496	442	367	412	426	379						
8	URIS	APLICAR TERAPIAS OCUPACIONALES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	TERAPIA (SUMA)	767	PROGRAMADO	40	47	80	70	85	85	80	75	80	80	35	10	
					REALIZADO	63	81	96	44	109	121	132						646
					POBLACIÓN BENEFICIADA	63	37	45	44	46	48	55						
9	URIS	APLICAR TERAPIAS DE LENGUAJE A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	TERAPIA (SUMA)	430	PROGRAMADO	30	50	50	40	50	30	30	50	40	50	40	30	
					REALIZADO	18	76	63	50	48	59	38						352
					POBLACIÓN BENEFICIADA	18	76	63	50	48	59	38						
10	URIS	APLICAR TERAPIAS EN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	TERAPIA (SUMA)	172	PROGRAMADO	3	6	16	16	16	18	25	16	15	16	16	7	
					REALIZADO	4	10	9	6	11	15	9						64
					POBLACIÓN BENEFICIADA	3	15	7	6	6	5	4						
11	URIS	OTORGAR SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CRIS, URIS O UBRIS	SERVICIO (SUMA)	706	PROGRAMADO	60	72	50	60	55	50	58	60	60	66	85	30	
					REALIZADO	58	124	132	126	104	98	106						748
					POBLACIÓN BENEFICIADA	58	124	132	126	104	98	106						
12	URIS	OTORGAR ALTA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	ALTA (SUMA)	7	PROGRAMADO	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	
					REALIZADO	0	0	0	0	1	0	0						1
					POBLACIÓN BENEFICIADA	0	0	0	0	1	0	0						



Transparencia

Atención de solicitudes de Acceso a la Información Pública

Objetivo

Garantizar el acceso a la información pública donde el ciudadano tiene la facultad de conocer, analizar y evaluar la gestión gubernamental a través de la atención a las solicitudes de acceso a la información pública en posesión del Sistema Municipal DIF de Calimaya.

Responsables

Responsables	Codigo
Titular de la Unidad de Transparencia	UT
Servidores públicos habilitados	SPH
Comité de Transparencia	CT
Recurrente	R

Desarrollo:

N.C	Unidad Administrativa/Puesto	Descripción de la Actividad
1	R	Presenta la solicitud de información a través de la plataforma SAIMEX No, pasa al punto 2 Sí, pasa al punto 3
2	UT	Recibe el escrito libre a la solicitud verbal y orienta al particular sobre el sistema
3	UT	Analiza la solicitud de información y advierte si es clara y si el organismo es competente No, pasa al punto 4 Sí, pasa al punto 6
4	UT	Solicita aclaración al recurrente, o bien se le notificará a la incompetencia y procede a orientarlo
5	R	Subsana las aclaraciones Sí pasa al punto 6 No, termina el proceso
6	UT	Turna al servidor público habilitado que corresponda a través del Sistema SAIMEX y por oficio
7	SPH	Busca la información ¿es necesario la clasificación, inexistencia, prórroga etc. de la información? No, pasa al punto 8 Sí, pasa al punto 9
8	SPH	Entrega la información solicitada a la UT para respuesta al solicitante y pasa al punto 12
9	UT	Convoca al Comité de Transparencia para proceder conforme a la solicitud del SPH.

Tesorería

CONTABILIDAD DE INGRESOS Y EGRESOS

ÁREA

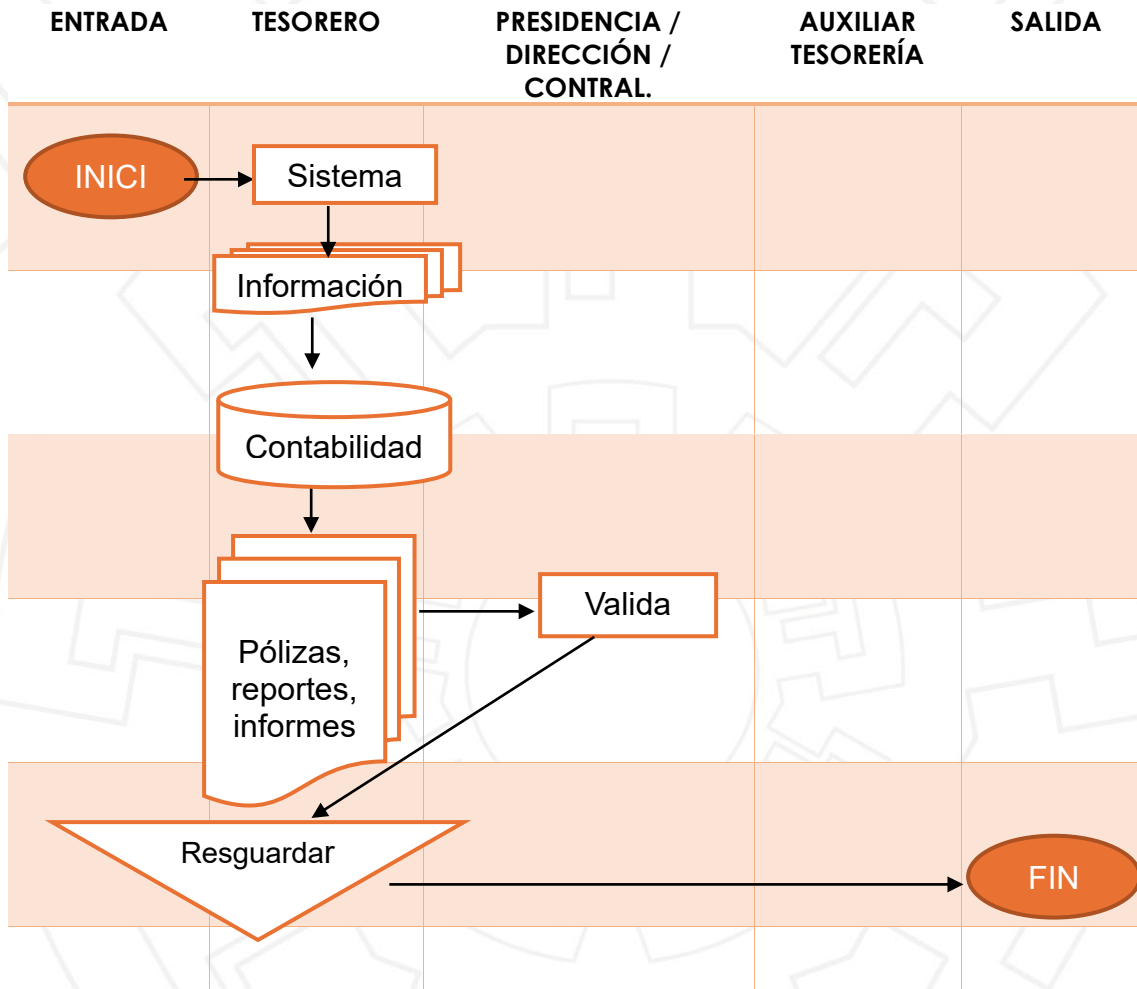
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: CONTABILIDAD DE INGRESOS Y EGRESOS

OBJETIVO: REGISTRAR LAS OPERACIONES QUE IMPLIQUEN UN INGRESO Y/O EGRESO PARA EL DIF DURANTE UN PERIODO DETERMINADO

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Contar con un Sistema de Contabilidad	Tesorero	El procedimiento se ejecuta de manera mensual
2	Recopilar la información correspondiente	Tesorero	
3	Capturar la información en sistema	Tesorero	
4	Emitir reportes, pólizas, auxiliares, informes, estados financieros y contables	Tesorero	
5	Validar la información emitida	Presidencia / Dirección / Contraloría	
6	Resguardar la información	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PRESUPUESTO DE INGRESO Y EGRESOS

ÁREA

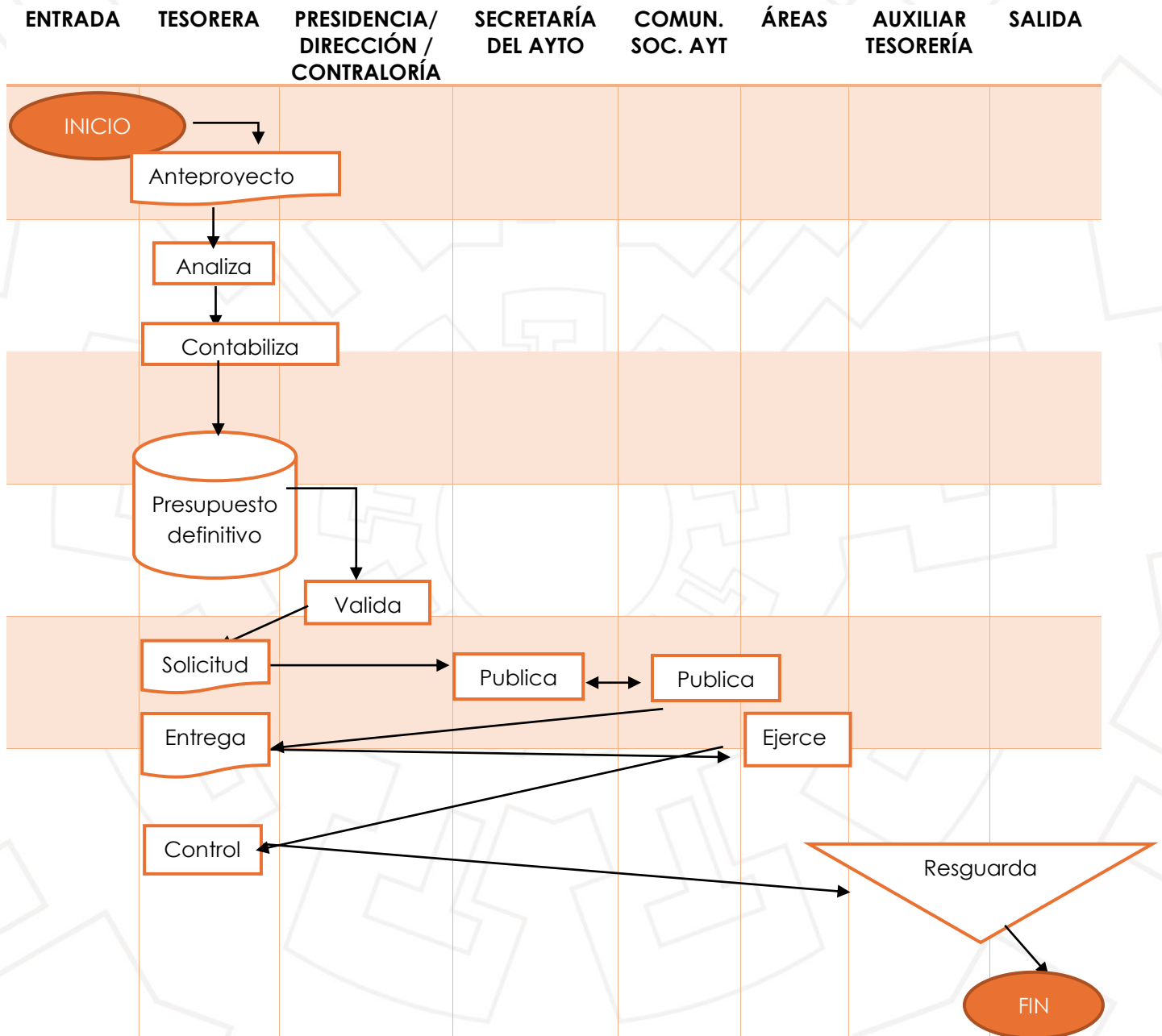
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PRESUPUESTO DE INGRESO Y EGRESOS

OBJETIVO: REALIZAR UNA ESTIMACIÓN FINANCIERA ANTICIPADA, ANUAL, DE LOS INGRESOS Y EGRESOS NECESARIOS PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL DIF QUE SIRVA PARA LA TOMA DE DECISIONES.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Planear, programar y presupuestar un anteproyecto	Tesorero	El procedimiento se ejecuta de manera anual
2	Analizar la información	Tesorero	
3	Contabiliza la información en sistema	Tesorero	
4	Emitir un Presupuesto de Ingresos y Egresos definitivo	Tesorero	
5	Validar la información	Presidencia / Dirección / Contraloría	
6	Solicitar la publicación del presupuesto	Tesorero	
7	Publicar el presupuesto en la Gaceta Municipal	Secretaría del Ayuntamiento	
8	Publicar el presupuesto en la Página Oficial	Comunicación Social Ayuntamiento	
9	Entregar el presupuesto ante la Legislatura	Tesorero	
10	Ejercer el presupuesto	Todas las áreas	
11	Controlar el presupuesto	Tesorería	
12	Resguardar la información	Auxiliar de Tesorería	
			Fin del proceso

DIAGRAMA DE FLUJO



ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA CUENTA PÚBLICA

ÁREA

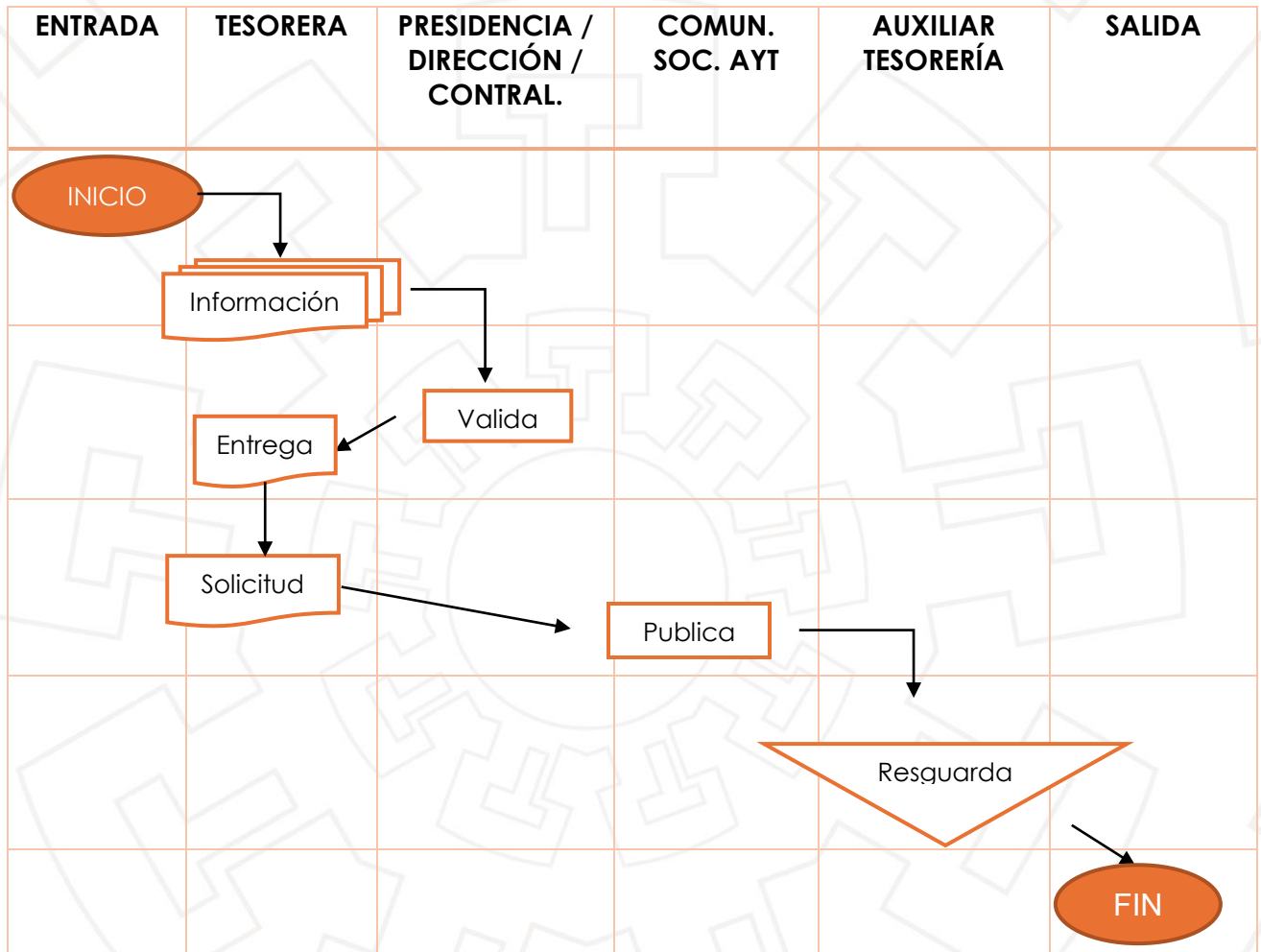
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA CUENTA PÚBLICA

OBJETIVO: RENDIR UN INFORME DEL DIF, QUE MUESTRE LOS RESULTADOS Y LA SITUACION FINANCIERA DEL EJERCICIO FISCAL INMEDIATO ANTERIOR.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Producir la información contable y presupuestaria en el sistema	Tesorería	El procedimiento se ejecuta de manera anual
2	Validar la información	Presidencia / Dirección / Contraloría	
3	Entregar la Cuenta Pública ante la Legislatura	Tesorero	
4	Solicitar la publicación de la Cuenta Pública	Tesorero	
5	Publicar la Cuenta Pública en la Página Oficial	Comunicación Social Ayuntamiento	
6	Resguardar la información	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS INFORMES TRIMESTRALES

ÁREA

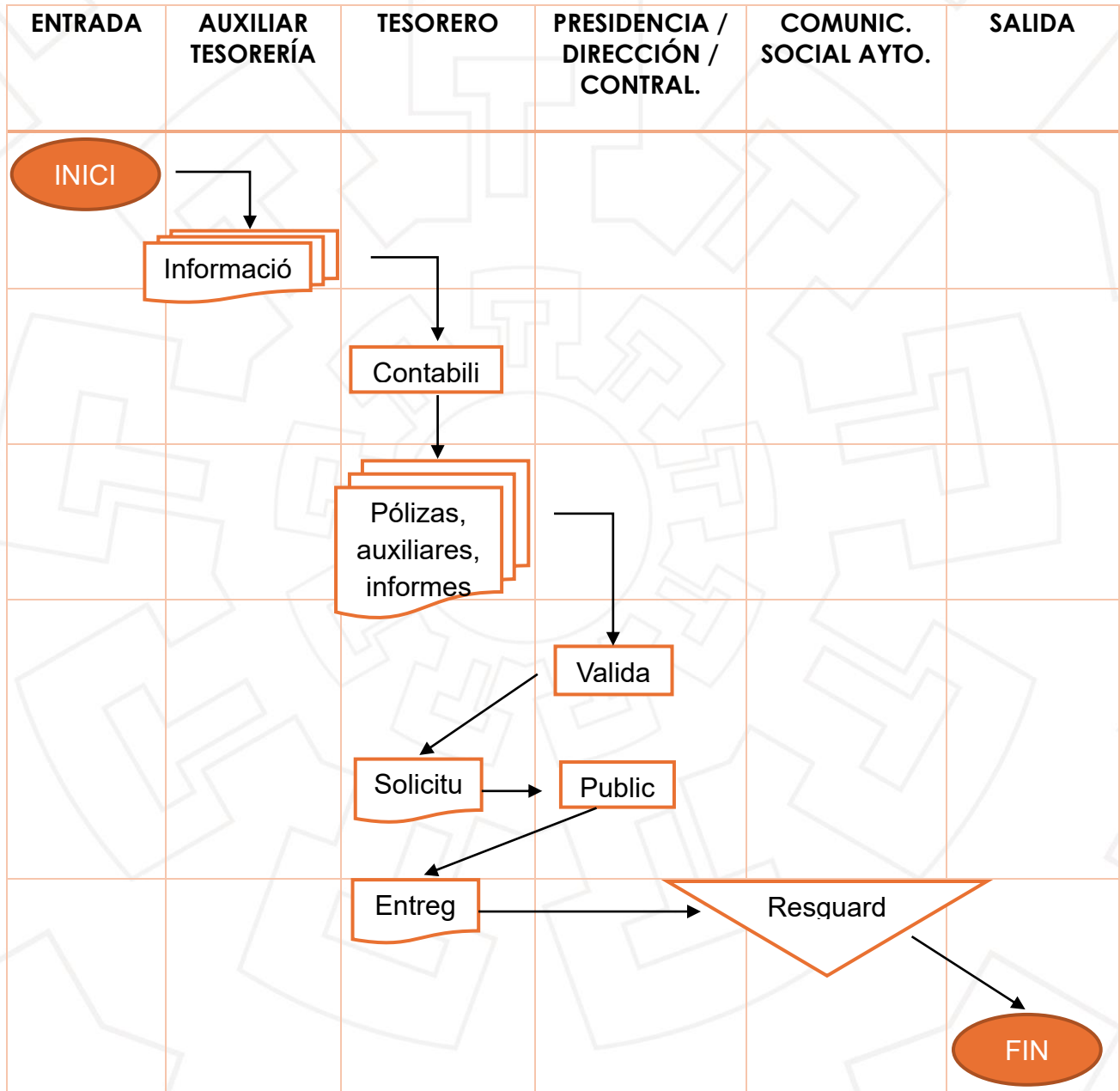
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS INFORMES TRIMESTRALES

OBJETIVO: EMITIR UN DOCUMENTO FÍSICO Y/O ELECTRÓNICO DE MANERA TRIMESTRAL SOBRE LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL DIF

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Recopilar la información correspondiente a cada mes del trimestre de que se trate	Auxiliar Tesorería	El procedimiento se ejecuta de manera trimestral
2	Contabiliza la información en sistema	Tesorero	
3	Emitir reportes, pólizas, auxiliares, informes, estados financieros y contables	Tesorero	
4	Validar la información	Presidencia / Dirección / Contraloría	
5	Solicitar la publicación de la información contable, financiera y presupuestal en la Página Oficial	Tesorero	
6	Publicar la información en la Página Oficial	Comunicación Social Ayuntamiento	
7	Entregar el Informe Trimestral ante la Legislatura	Tesorero	
8	Resguardar la información	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



SOLVENTACIÓN PLIEGOS DE OBSERVACIONES (OSFEM)

ÁREA

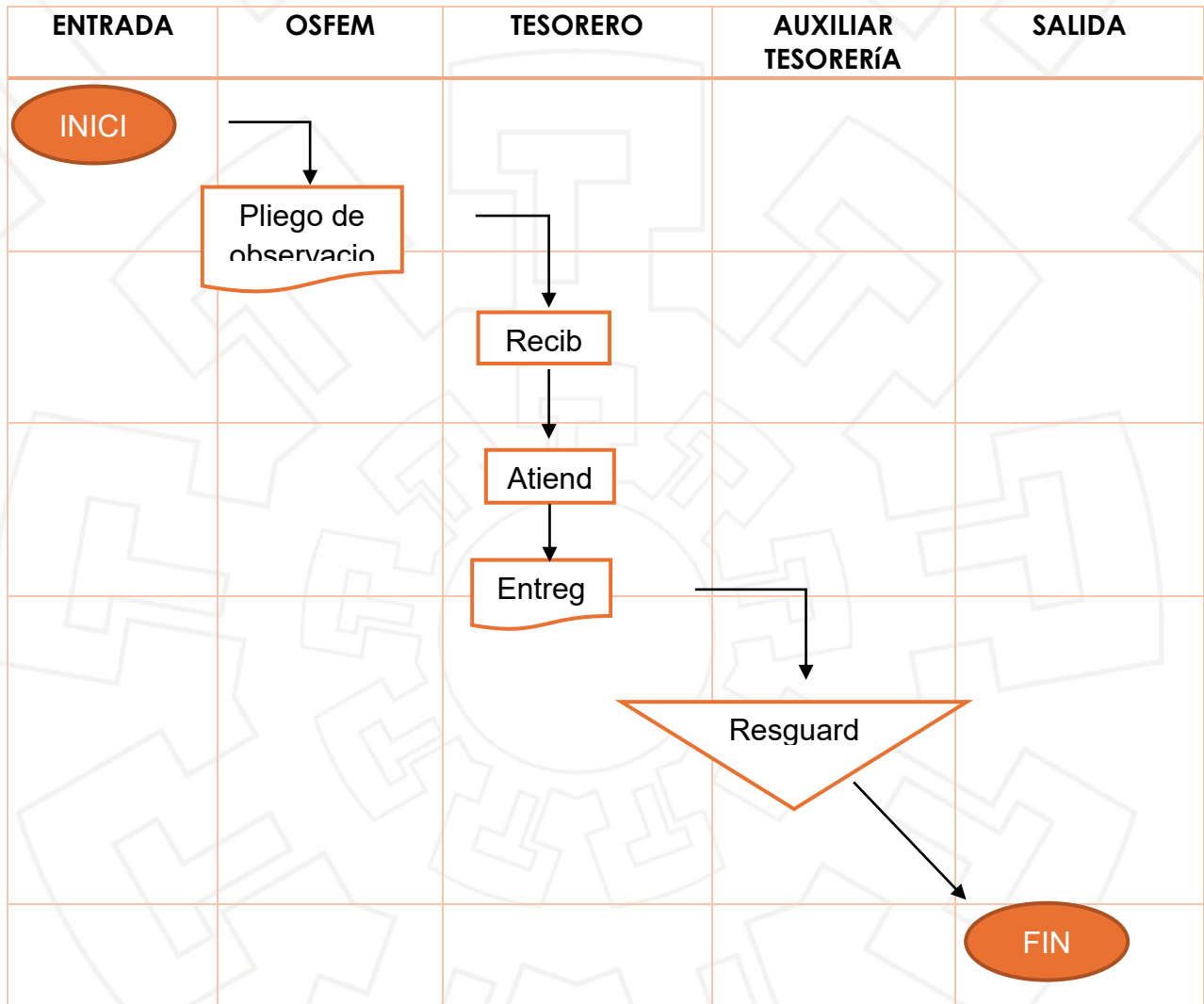
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: SOLVENTACIÓN DE PLIEGOS DE OBSERVACIONES (OSFEM)

OBJETIVO: PRESENTAR LOS ELEMENTOS, DOCUMENTOS Y DATOS FEHACIENTES QUE JUSTIFIQUEN Y ACLAREN, O BIEN, ACREDITEN LA REPARACIÓN O INEXISTENCIA DE DAÑO Y MANIFESTAR LO QUE A DERECHO CONVENGA EN RELACIÓN AL CONTENIDO DE LAS OBSERVACIONES EMITIDAS.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Emitir pliego de observaciones	OSFEM	El procedimiento se ejecuta cada vez que sea necesario
2	Recibir pliego de observaciones	Tesorero	
3	Dar atención oportuna al pliego de observaciones	Tesorero	
4	Entregar información ante la Legislatura	Tesorero	
5	Resguardar la información	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



ATENCIÓN DE AUDITORÍAS

ÁREA

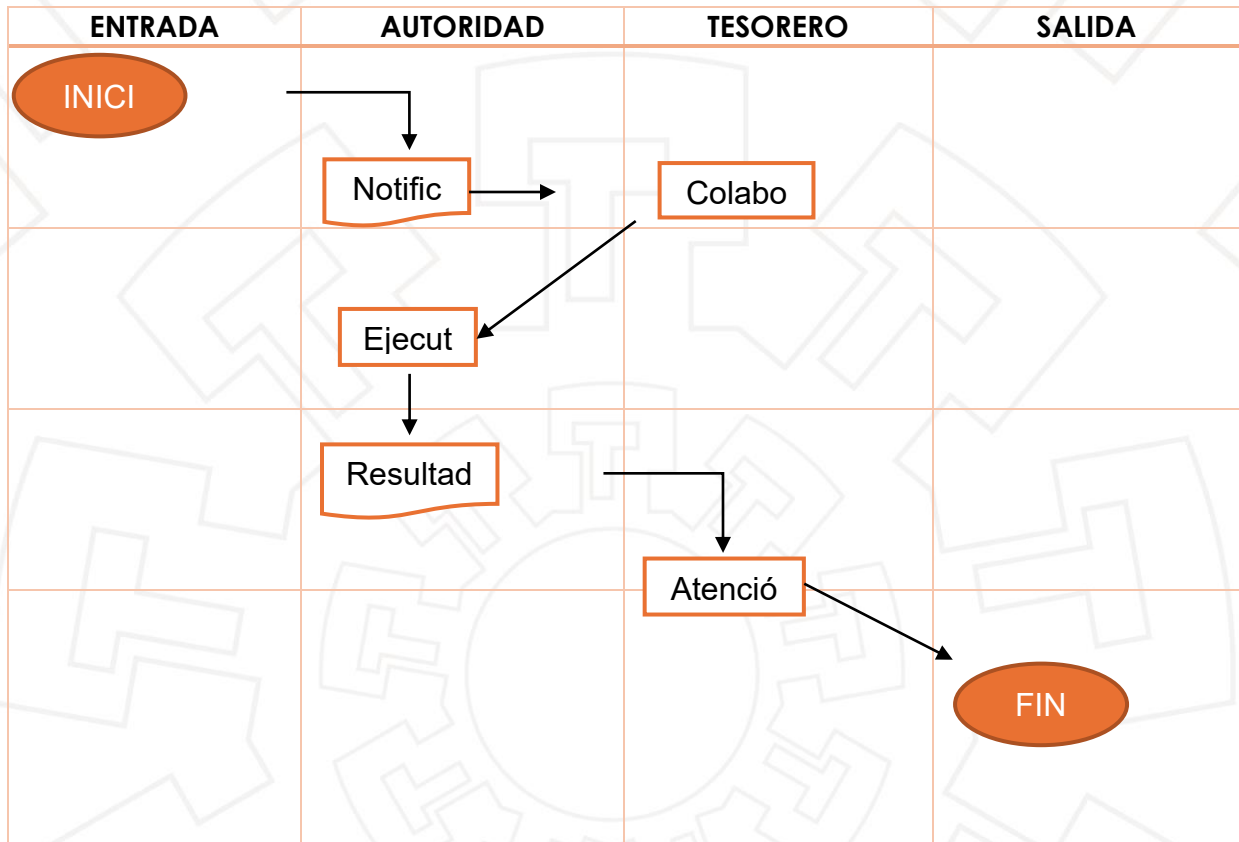
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DE AUDITORÍAS

OBJETIVO: BRINDAR TODAS LAS FACILIDADES PARA EL DESARROLLO DE LAS AUDITORÍAS NOTIFICADAS POR AUTORIDADES COMPETENTES.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Notificar auditoría	Autoridad competente	El procedimiento se ejecuta cada vez que sea necesario
2	Colaborar y facilitar la información que solicite la autoridad ejecutora	Tesorero	
3	Ejecutar auditoría	Autoridad competente	
4	Comunicar resultados	Autoridad competente	
5	Atender a recomendaciones	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



COBRO DE CUOTAS

ÁREA

RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: COBRO DE CUOTAS

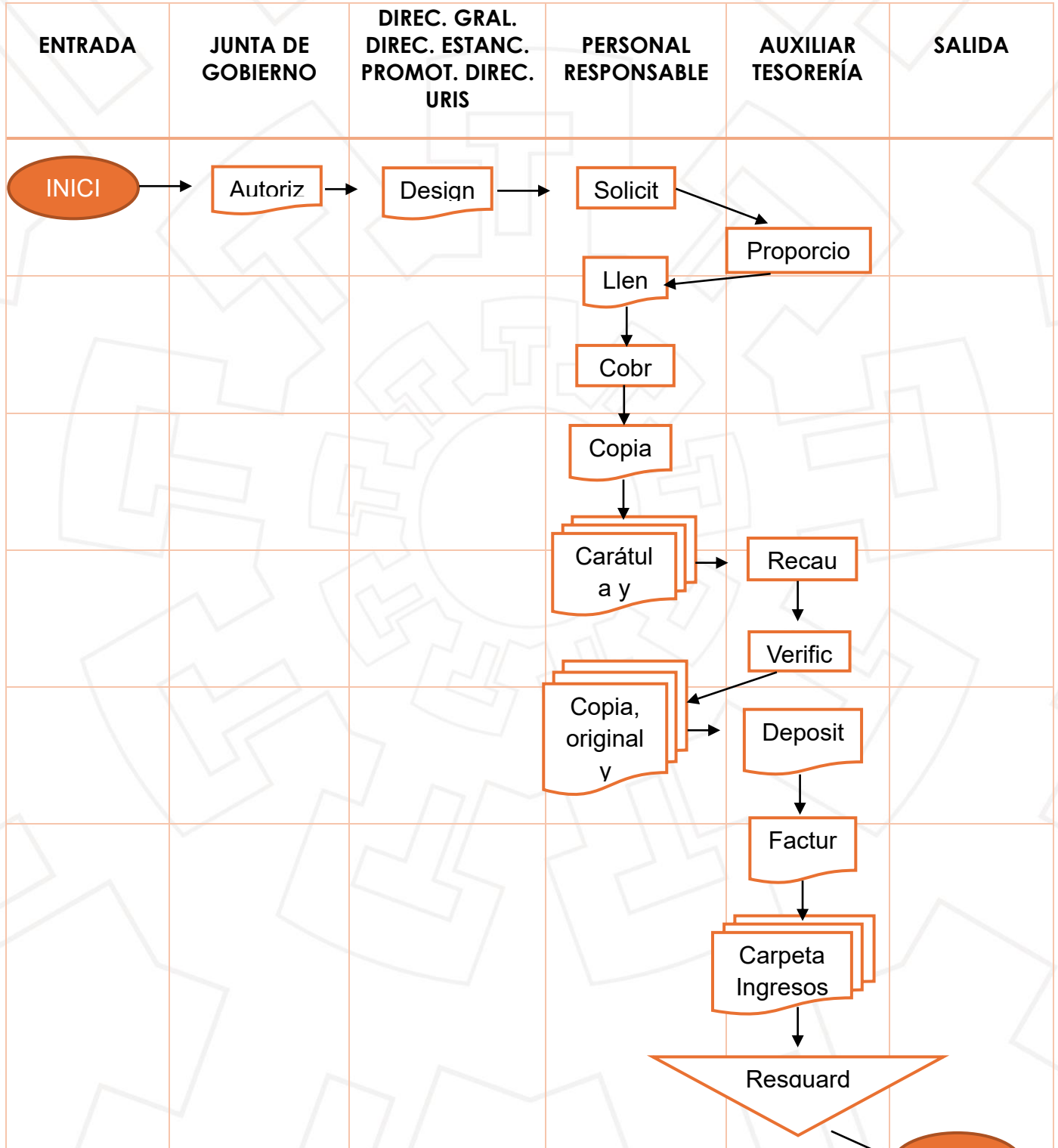
OBJETIVO: EFECTUAR EL COBRO DE UNA CUOTA POR LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA EL ORGANISMO A LA POBLACIÓN.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Autorizar los montos para el cobro de cuotas	Junta de Gobierno	El procedimiento se ejecuta de manera diaria
2	Designar al personal responsable del cobro de cuotas	Directora General / Directoras de Estancias Infantiles / Promotoras de Desayunos / Director de URIS	
3	Solicitar recibos de cobro de cuotas y carátula de ingresos a Tesorería	Personal responsable	
4	Proporcionar recibos de cobro de cuotas y carátula de ingresos	Auxiliar Tesorería	
5	Llenar el recibo de cobro con los datos del usuario	Personal responsable	
6	Cobrar conforme a los importes autorizados	Personal responsable	
7	Entregar al usuario original del recibo de cobro	Personal responsable	
8	Llenar la carátula de ingresos del día y adjuntar copia de los recibos	Personal responsable	
9	Recaudar los ingresos del día (efectivo, recibos y carátula)	Auxiliar de Tesorería	
10	Verificar que no existan folios faltantes	Auxiliar de Tesorería	



	en los recibos		
11	Entregar carátula original, acuse para recepción y recibos	Personal responsable	
12	Depositar los ingresos en la cuenta bancaria del DIF	Auxiliar de Tesorería	
13	Adjuntar ficha de depósito a los recibos de cobro	Auxiliar de Tesorería	
14	Generar factura por los ingresos del mes	Auxiliar de Tesorería	
15	Integrar carpeta de los ingresos del mes (carátula, recibos, fichas de depósito, factura)	Auxiliar de Tesorería	
16	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA

ÁREA

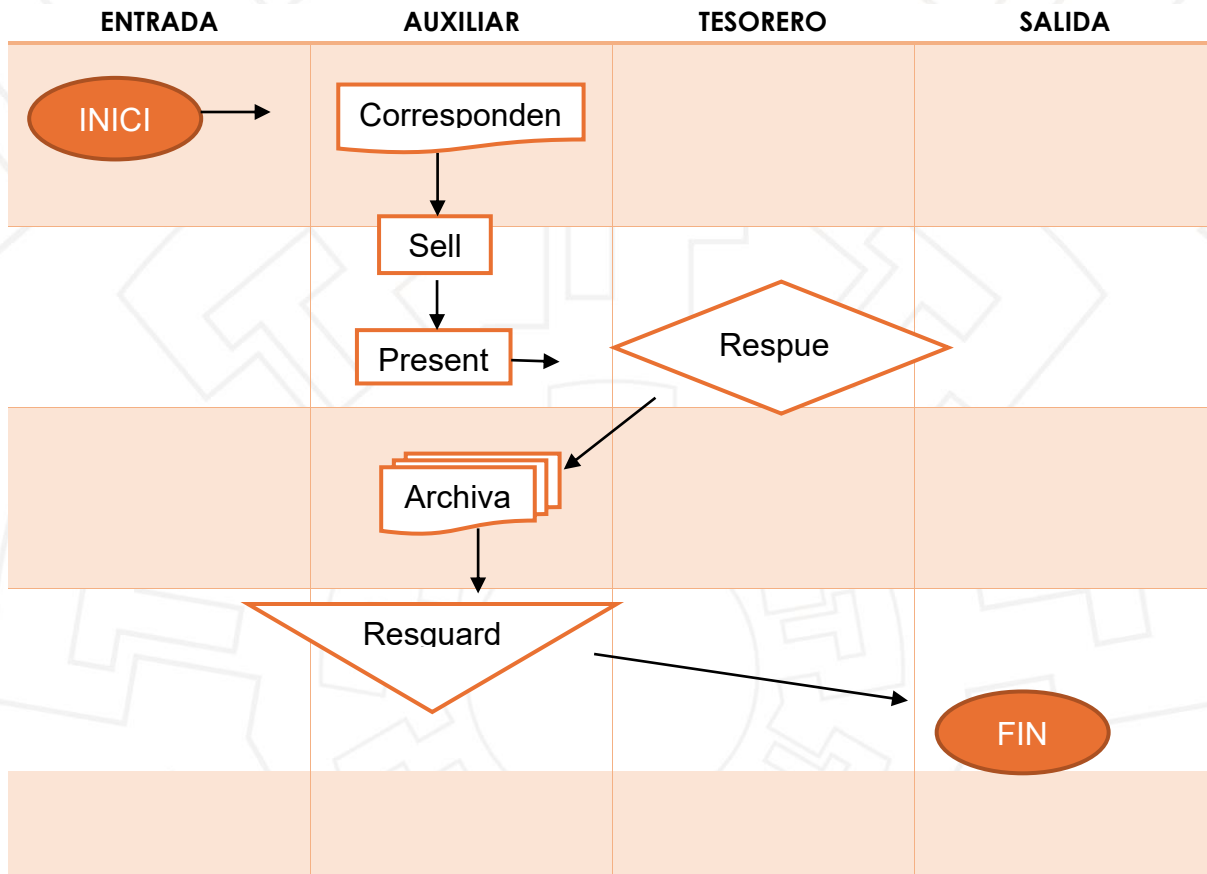
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA

OBJETIVO: RECEPCIONAR DE MANERA ORGANIZADA LA CORRESPONDENCIA PARA SU PRONTA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Recibir y leer la documentación	Auxiliar	El procedimiento se ejecuta de manera diaria
2	Sellar original y acuse	Auxiliar	
3	Presentar a la titular la documentación	Auxiliar	
4	Emitir respuesta (en caso de ser necesario)	Auxiliar/Tesorero	
5	Archivar acuse de entrega	Auxiliar	
6	Resguardar documentación	Auxiliar	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

ÁREA

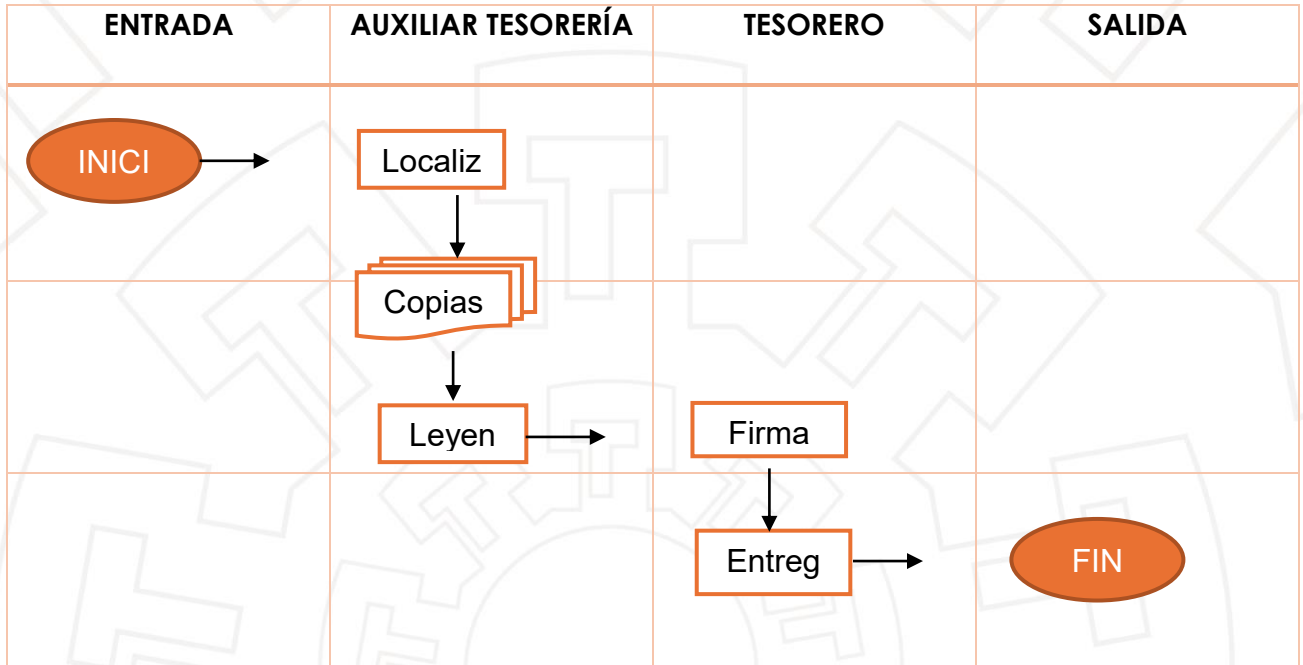
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

OBJETIVO: CERTIFICAR LOS DOCUMENTOS A SU CUIDADO, POR ACUERDO EXPRESO DE LA JUNTA DE GOBIERNO Y CUANDO SE TRATE DE DOCUMENTACIÓN PRESENTADA ANTE EL ÓRGANO SUPERIOR DE FISCALIZACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Localizar la documentación a certificar	Auxiliar de Tesorería	El procedimiento se ejecuta cada vez que sea necesario
2	Producir copias de la documentación	Auxiliar de Tesorería	
3	Imprimir leyenda de certificación	Auxiliar de Tesorería	
4	Firmar certificación	Tesorero	
5	Entregar documentación certificada	Tesorero	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



ADQUISICIÓN DE BIENES

ÁREA

RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: ADQUISICIÓN DE BIENES

OBJETIVO: ADQUIRIR LOS BIENES QUE DEMANDEN LAS ÁREAS DEL DIF PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS

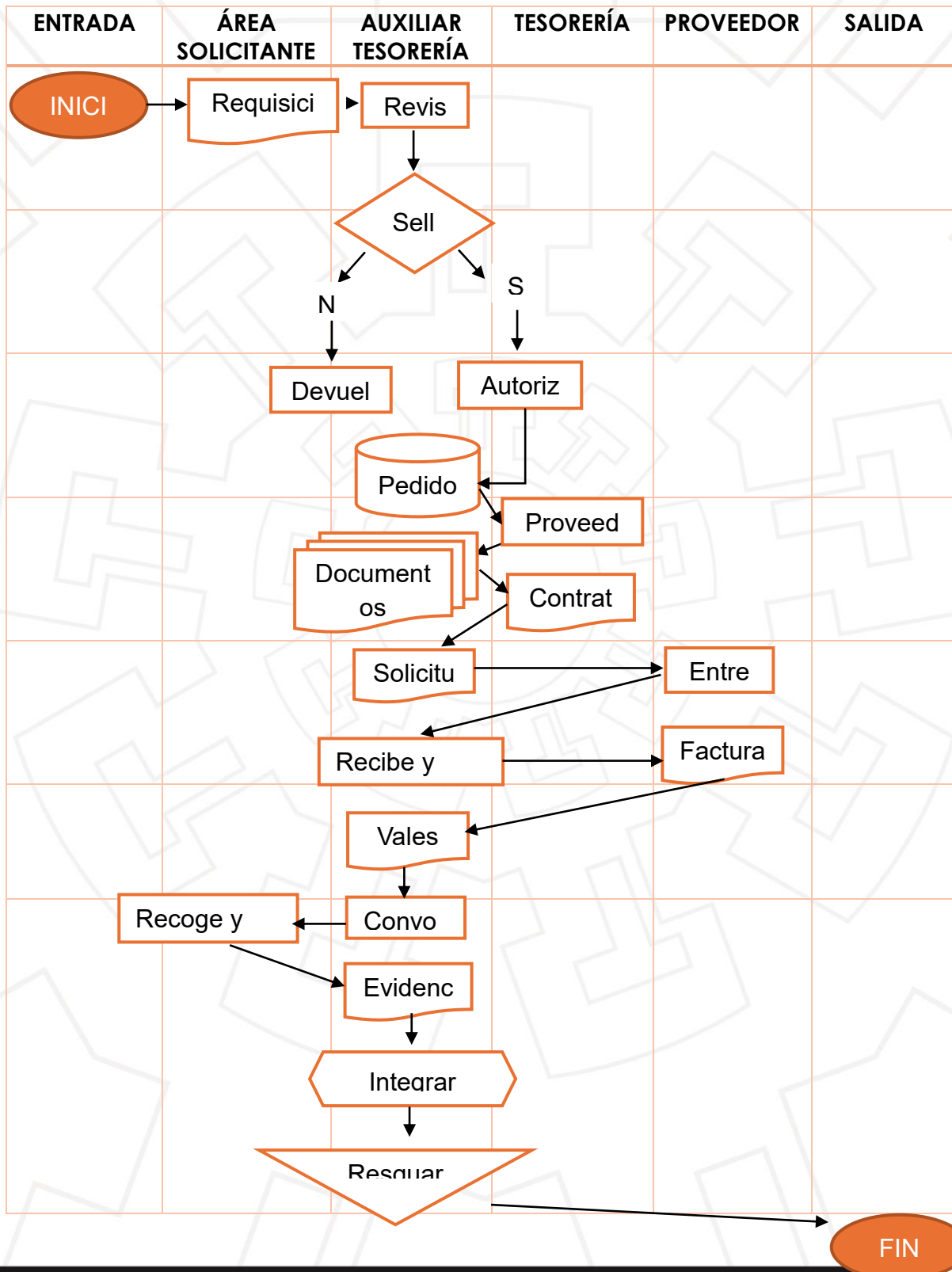
No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Ingresar requisición original y presentar copia para acuse a Tesorería	Área solicitante	El procedimiento se ejecuta cada vez que sea necesario
2	Revisar que el formato esté correctamente requisitado, sellado y firmado	Auxiliar de Tesorería	
3	Sellar el acuse en caso de que el documento proceda; de lo contrario, devolverlo	Auxiliar de Tesorería	
4	Presentar a Tesorería las requisiciones mensuales para su autorización	Auxiliar de Tesorería	
5	Generar pedidos consolidados	Auxiliar de Tesorería	
6	Autorizar proveedor	Tesorero	
7	Solicitar documentación del proveedor	Tesorero	
8	Celebrar contrato	Tesorero	
9	Enviar solicitud de pedido al proveedor	Auxiliar de Tesorería	
10	Entregar en el lugar indicado	Proveedor	
11	Recibir los bienes y cotejar vs. Solicitud	Auxiliar de Tesorería	
12	Emitir factura	Proveedor	
13	Generar vale de entrada de los bienes	Auxiliar de Tesorería	
14	Emitir vales de salida para entregar los bienes conforme a requisiciones de las áreas	Auxiliar de Tesorería	
15	Convocar a las áreas	Auxiliar de Tesorería	



16	Acudir a recoger su pedido	Área solicitante	
17	Tomar evidencia de la entrega y los bienes	Auxiliar de Tesorería	
18	Firmar vale de salida y requisición	Área solicitante	
19	Integrar requisiciones, vales y evidencias para soportar la factura y programar el pago	Auxiliar de Tesorería	
20	Resguarda documentación	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO



DIAGRAMA DE FLUJO



CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

ÁREA

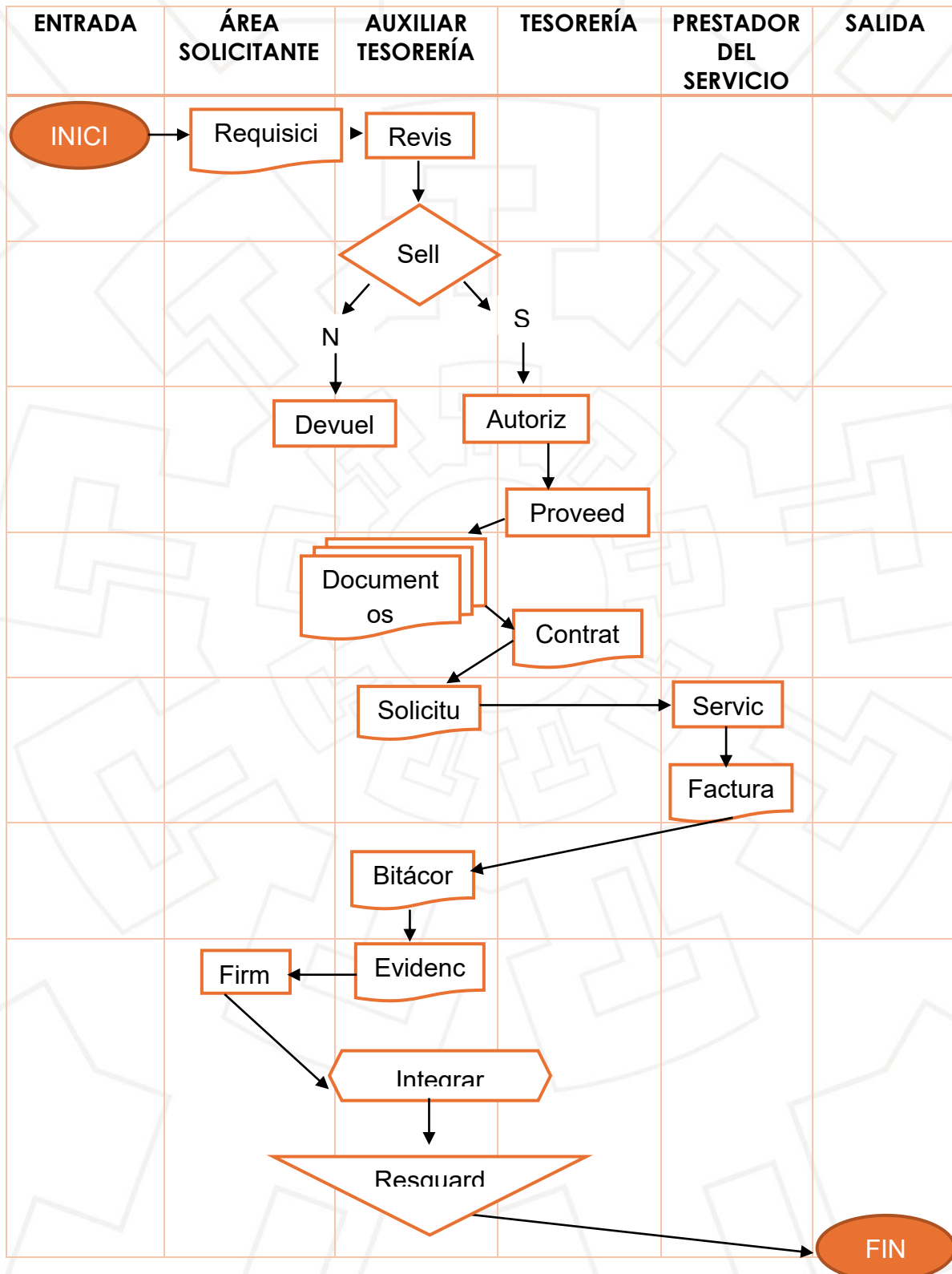
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

OBJETIVO: CONTRATAR LOS SERVICIOS QUE DEMANDEN LAS ÁREAS DEL DIF PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Ingresar requisición original y presentar copia para acuse a Tesorería	Área solicitante	El procedimiento se ejecuta de manera mensual
2	Revisar que el formato esté correctamente requisitado, sellado y firmado	Auxiliar de Tesorería	
3	Sellar el acuse en caso de que el documento proceda; de lo contrario, devolverlo	Auxiliar de Tesorería	
4	Presentar a la Tesorería las requisiciones mensuales para su autorización	Auxiliar de Tesorería	
5	Autorizar prestador del servicio	Tesorero	
6	Solicitar documentación del prestador del servicio	Tesorero	
7	Celebrar contrato	Tesorero	
8	Enviar solicitud al prestador del servicio	Auxiliar de Tesorería	
9	Prestar el servicio en el lugar indicado	Prestador del servicio	
10	Emitir factura	Prestador del servicio	
11	Generar bitácora de mantenimiento, en caso de ser necesaria	Auxiliar de Tesorería	Fin del proceso
12	Tomar evidencia del servicio otorgado	Auxiliar de Tesorería	
13	Firmar requisición y bitácora	Área solicitante	
14	Integrar requisición, bitácora y evidencias para soportar el proceso y programar el pago	Auxiliar de Tesorería	
15	Resguarda documentación	Auxiliar de Tesorería	

DIAGRAMA DE FLUJO



PAGO A PROVEEDORES DE BIENES Y PRESTADORES DE SERVICIOS

ÁREA

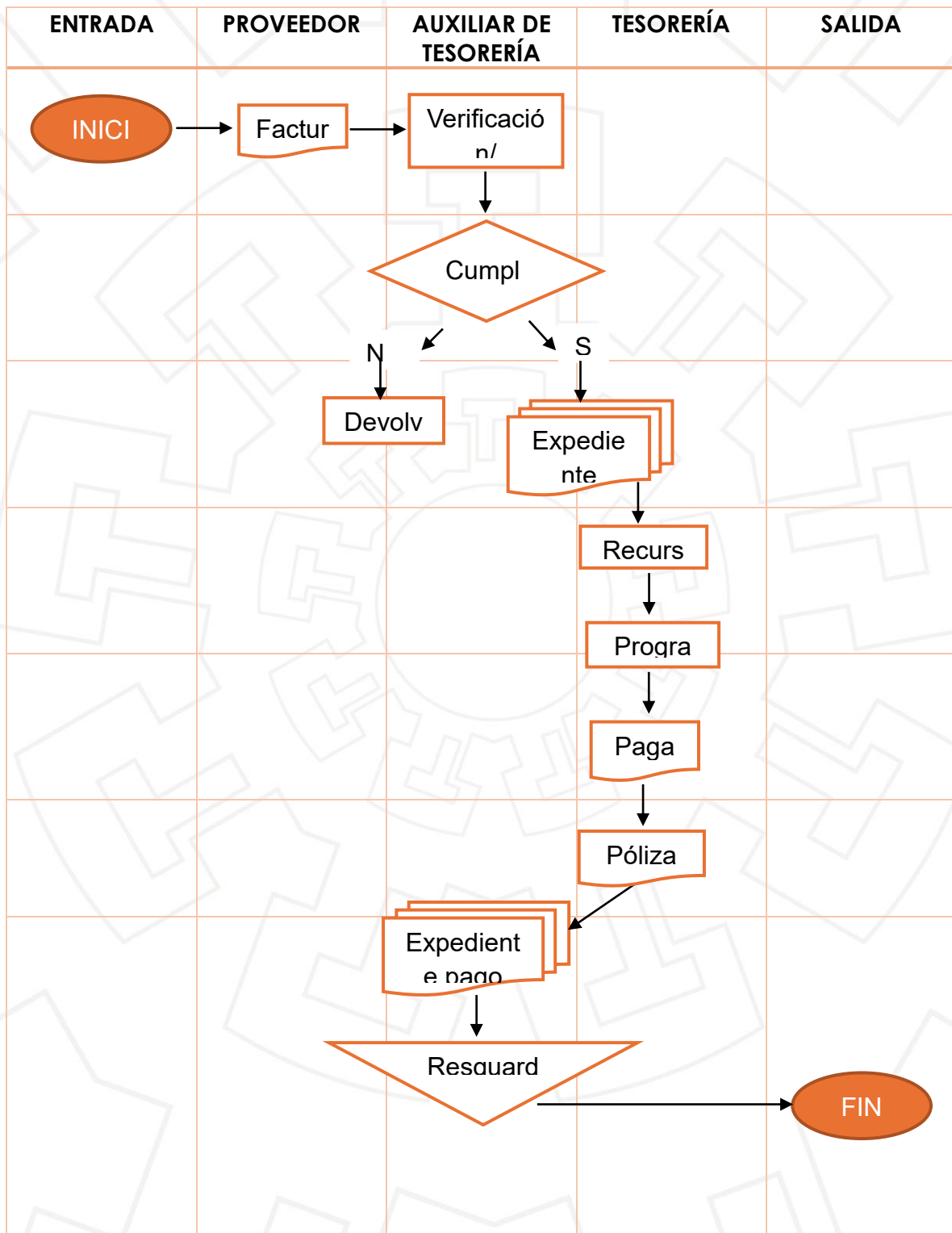
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: PAGO A PROVEEDORES DE BIENES Y PRESTADORES DE SERVICIOS

OBJETIVO: CUMPLIR EN TIEMPO Y FORMA CON LOS PAGOS POR LOS BIENES Y/O SERVICIOS OTORGADOS AL DIF.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Presentar la factura	Proveedor	
2	Verificar que la factura cumpla los requisitos fiscales	Auxiliar de Tesorería	
3	Validar la factura en página del SAT	Auxiliar de Tesorería	
4	Si no cumple los requisitos fiscales, devolver al proveedor	Auxiliar de Tesorería	
5	Agregar la validación de factura al expediente	Auxiliar de Tesorería	
6	Entregar expediente completo a Tesorería	Auxiliar de Tesorería	Procedimiento ejecutado cada vez que sea necesario
7	Solicitar recurso al Ayuntamiento	Tesorero	
8	Programar pago	Tesorero	
9	Generar pago (Cheque/Transferencia)	Tesorero	
10	Emitir póliza cheque	Tesorero	
11	Incorporar proceso completo (expediente + pago) a carpetas del informe trimestral correspondiente	Auxiliar de Tesorería	
12	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



REEMBOLSO DE GASTOS

ÁREA

RESPONSABLE: TESORERÍA

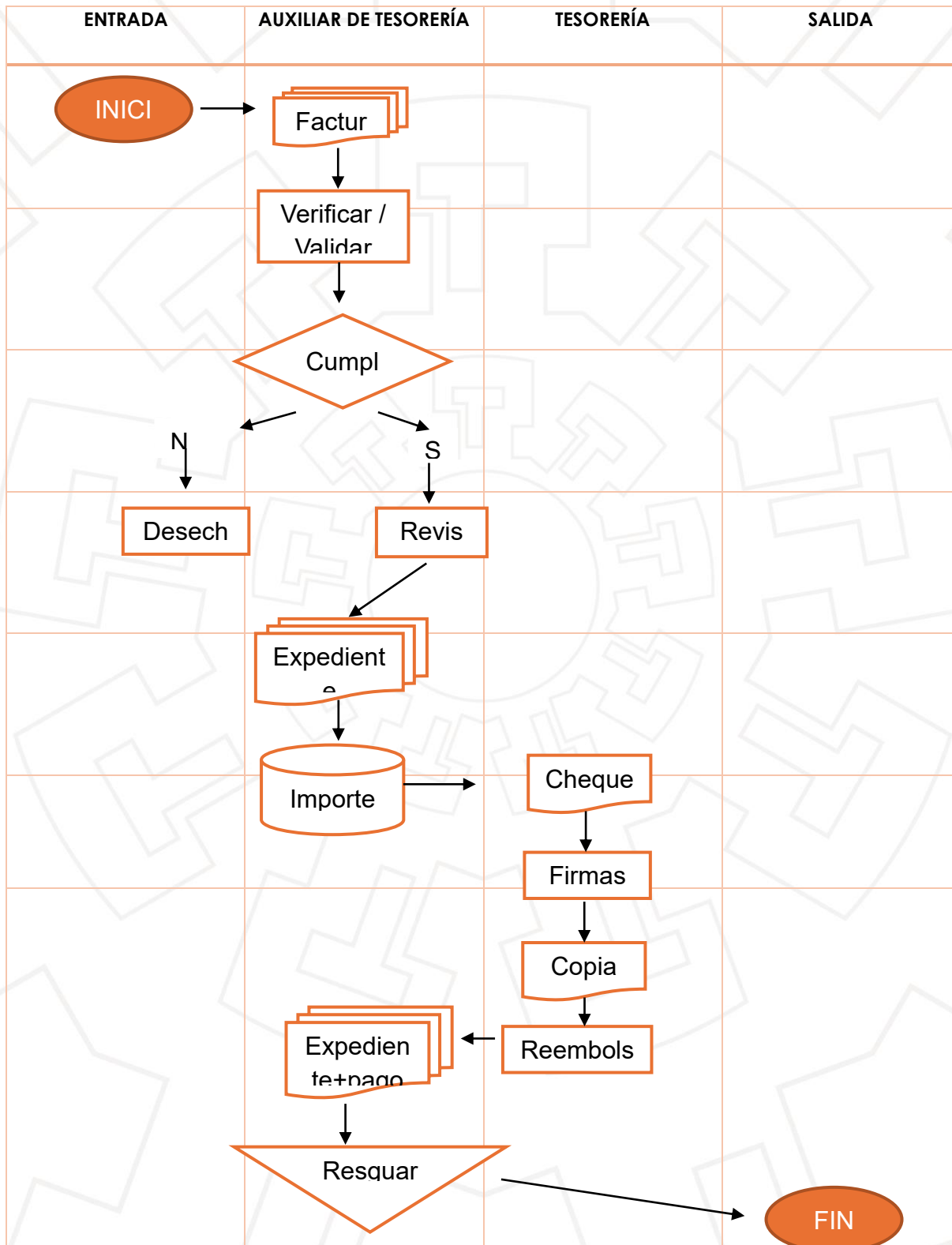
PROCEDIMIENTO: REEMBOLSO DE GASTOS

OBJETIVO: REEMBOLSAR LOS GASTOS EFECTUADOS DE MANERA EXTRAORDINARIA, PREVIA COMPROBACIÓN.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Integrar facturas	Auxiliar de Tesorería	Procedimiento ejecutado de manera mensual
2	Verificar que las facturas cumplan los requisitos fiscales	Auxiliar de Tesorería	
3	Si las facturas no cumplen los requisitos fiscales, se desechan	Auxiliar de Tesorería	
4	Validar las facturas en página del SAT	Auxiliar de Tesorería	
5	Adjuntar validación a factura	Auxiliar de Tesorería	
6	Revisar que cada factura contenga requisición, vales, evidencias	Auxiliar de Tesorería	
7	Presentar expediente completo e importe total por reembolsar	Auxiliar de Tesorería	
8	Emitir cheque	Tesorero	
9	Recabar firmas de cheque	Tesorero	
10	Procesar copia del cheque	Tesorero	
11	Reembolsar gastos	Tesorero	
12	Incorporar proceso completo (expediente + copia + póliza cheque) a carpetas del informe trimestral correspondiente	Auxiliar de Tesorería	
13	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	



DIAGRAMA DE FLUJO



DETERMINACIÓN Y PAGO DE NOMINA

ÁREA

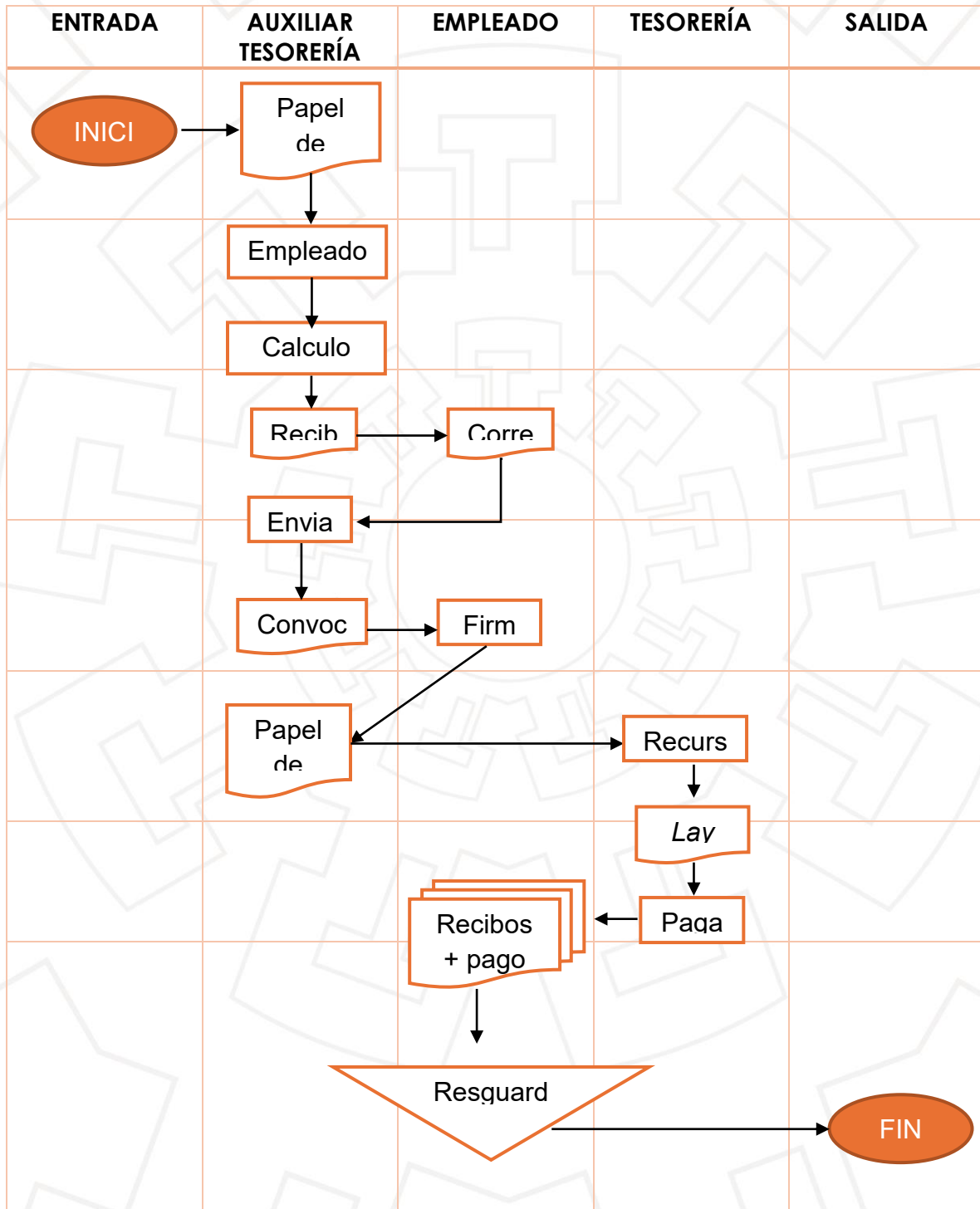
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: DETERMINACIÓN Y PAGO DE NÓMINA

OBJETIVO: TRABAJAR LA DETERMINACION DE NÓMINA PARA EL PAGO OPORTUNO DE LA MISMA

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Generar un papel de trabajo	Auxiliar de Tesorería	El procedimiento se ejecuta cada quincena
2	Identificar en el papel de trabajo a los empleados con movimientos	Auxiliar de Tesorería	
3	Calcular el importe del acto por aplicar	Auxiliar de Tesorería	
4	Generar el recibo de nómina	Auxiliar de Tesorería	
5	Proporcionar un correo electrónico a Tesorería	Empleado	
6	Enviar el recibo de nómina por correo	Auxiliar de Tesorería	
7	Convocar al empleado para la firma del recibo de nómina	Auxiliar de Tesorería	
8	Firmar el recibo de nómina	Empleado	
9	Enviar papel de trabajo de la nómina	Auxiliar de Tesorería	
10	Solicitar recurso al Ayuntamiento	Tesorero	
11	Cargar Lay Out al Portal Bancario	Tesorero	
12	Pagar la nómina (transferencia / efectivo)	Tesorero	
13	Integrar expediente de dispersión o cheque y recibos	Auxiliar de Tesorería	

DIAGRAMA DE FLUJO



PAGO DE IMPUESTOS

ÁREA

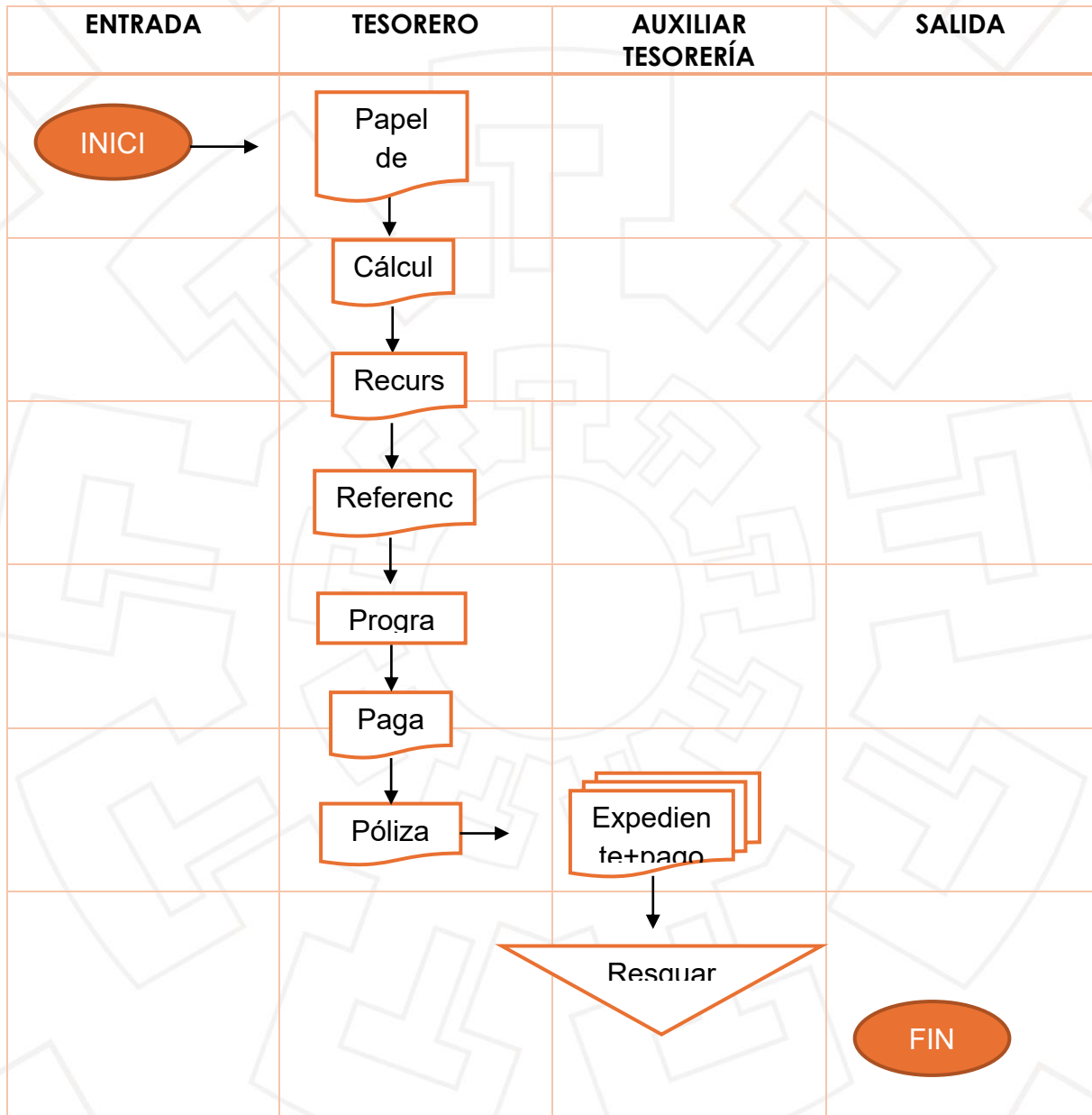
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: PAGO DE IMPUESTOS

OBJETIVO: CALCULAR Y PAGAR EN TIEMPO Y FORMA LOS IMPUESTOS DE LOS CUALES ES SUJETO EL DIF.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Generar papel de trabajo	Tesorero	Procedimiento ejecutado cada mes
2	Calcular impuesto	Tesorero	
3	Pedir recurso al Ayuntamiento	Tesorero	
4	Solicitar referencia de pago	Tesorero	
5	Programar pago	Tesorero	
6	Emitir pago	Tesorero	
7	Elaborar póliza cheque	Tesorero	
8	Incorporar proceso completo (papel de trabajo + pago + póliza cheque) a carpetas del informe trimestral correspondiente	Auxiliar de Tesorería	
9	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



PAGO DE SERVICIOS BÁSICOS

ÁREA

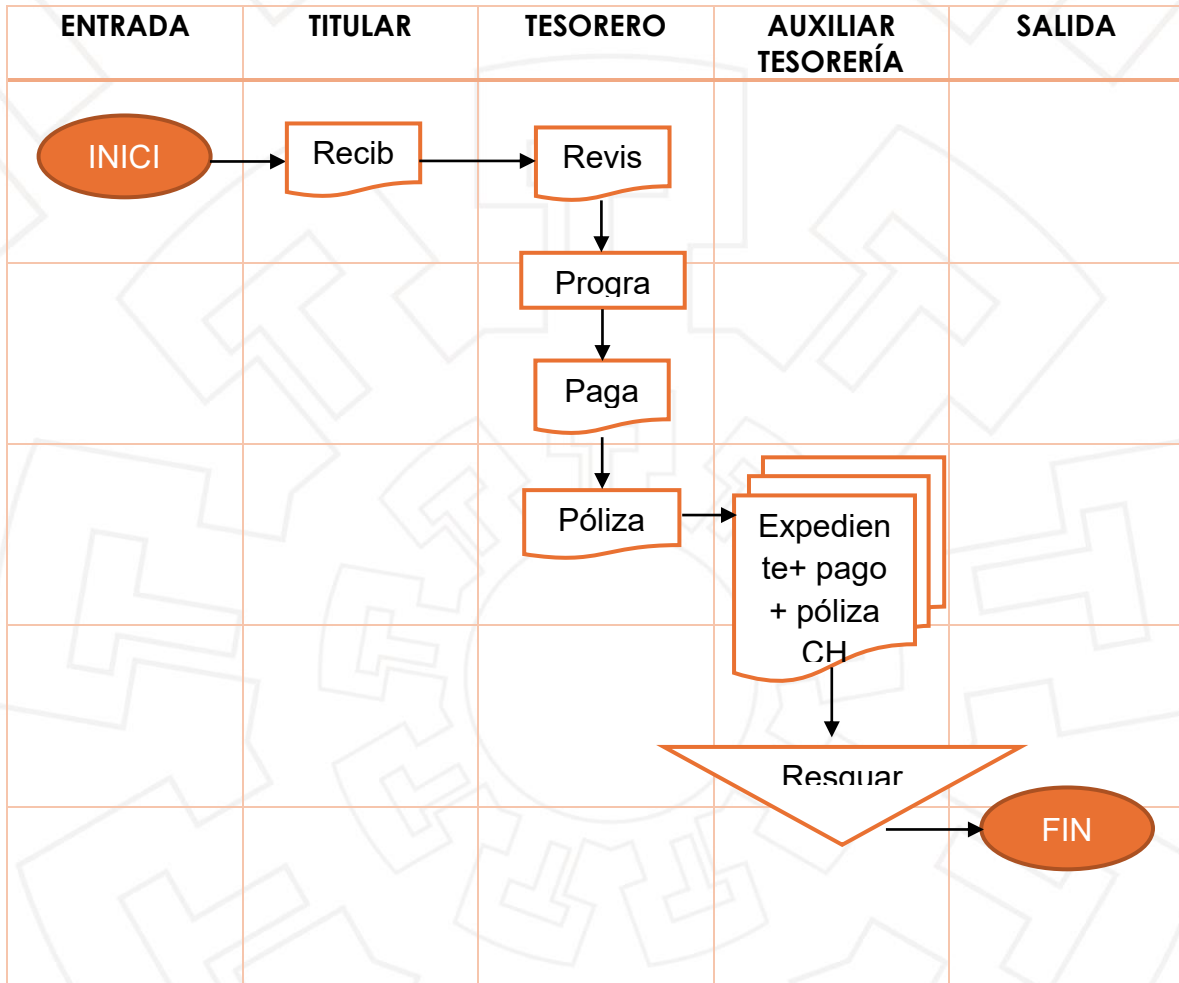
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: PAGO DE SERVICIOS BÁSICOS

OBJETIVO: REALIZAR EL PAGO DE MANERA OPORTUNA, DE LOS SERVICIOS BÁSICOS QUE SON FUNDAMENTALES PARA LA OPERATIVIDAD DIARIA DEL DIF.

NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Entregar a Tesorería el recibo correspondiente	Titular del área	Procedimiento ejecutado cada mes
2	Revisar periodo facturado y fecha de vencimiento	Tesorero	
3	Programar pago	Tesorero	
4	Emitir pago	Tesorero	
5	Elaborar póliza cheque	Tesorero	
6	Incorporar proceso completo (recibo + pago + póliza cheque) a carpetas del informe trimestral correspondiente	Auxiliar de Tesorería	
7	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



ATENCIÓN A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN (SAIMEX/SARCOEM)

ÁREA RESPONSABLE:

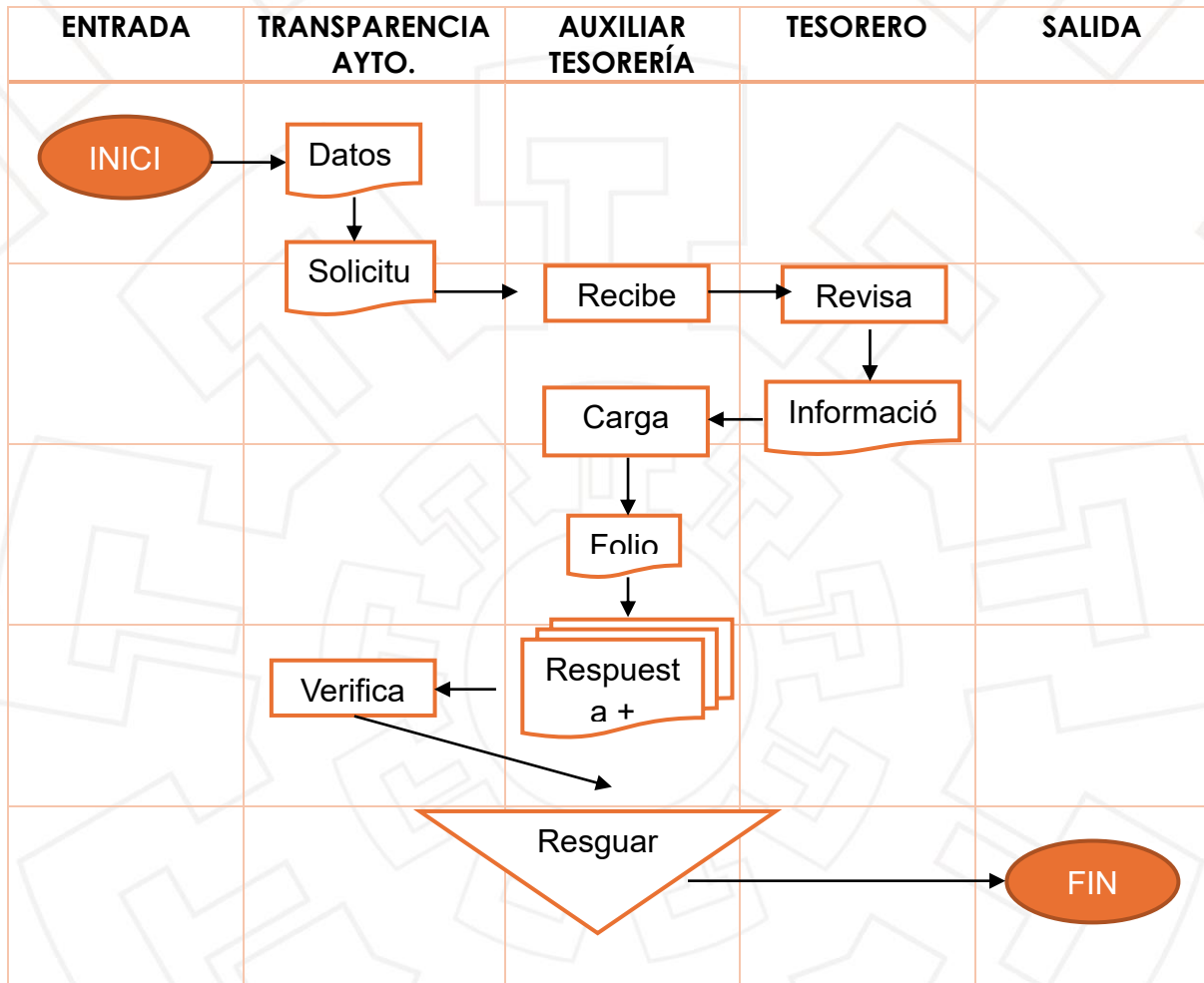
TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN (SAIMEX/SARCOEM)

OBJETIVO: BRINDAR ATENCIÓN OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN QUE PRESENTEN LOS CIUDADANOS EN LAS PLATAFORMAS: SAIMEX Y SARCOEM

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Entregar usuario, contraseña y link para las plataformas	Unidad de Transparencia del Ayuntamiento	El procedimiento se ejecuta cada vez que sea necesario
2	Turnar solicitud de información	Unidad de Transparencia del Ayuntamiento	
3	Recibir solicitud de información	Auxiliar de Tesorería	
4	Informar a la Tesorera sobre la solicitud correspondiente	Auxiliar de Tesorería	
5	Revisa cuidadosamente la solicitud de información	Tesorero	
6	Proporcionar la información que se va a entregar	Tesorero	
7	Cargar la información en la plataforma según corresponda	Auxiliar de Tesorería	
8	Imprimir el folio de la respuesta a la solicitud	Auxiliar de Tesorería	
9	Incorporar folio al expediente de la solicitud	Auxiliar de Tesorería	
10	Verificar la atención oportuna a la solicitud de información	Unidad de Transparencia del Ayuntamiento	
11	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	
			Fin del proceso

DIAGRAMA DE FLUJO



GENERACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CÉDULAS DE BASES DE DATOS PERSONALES

ÁREA

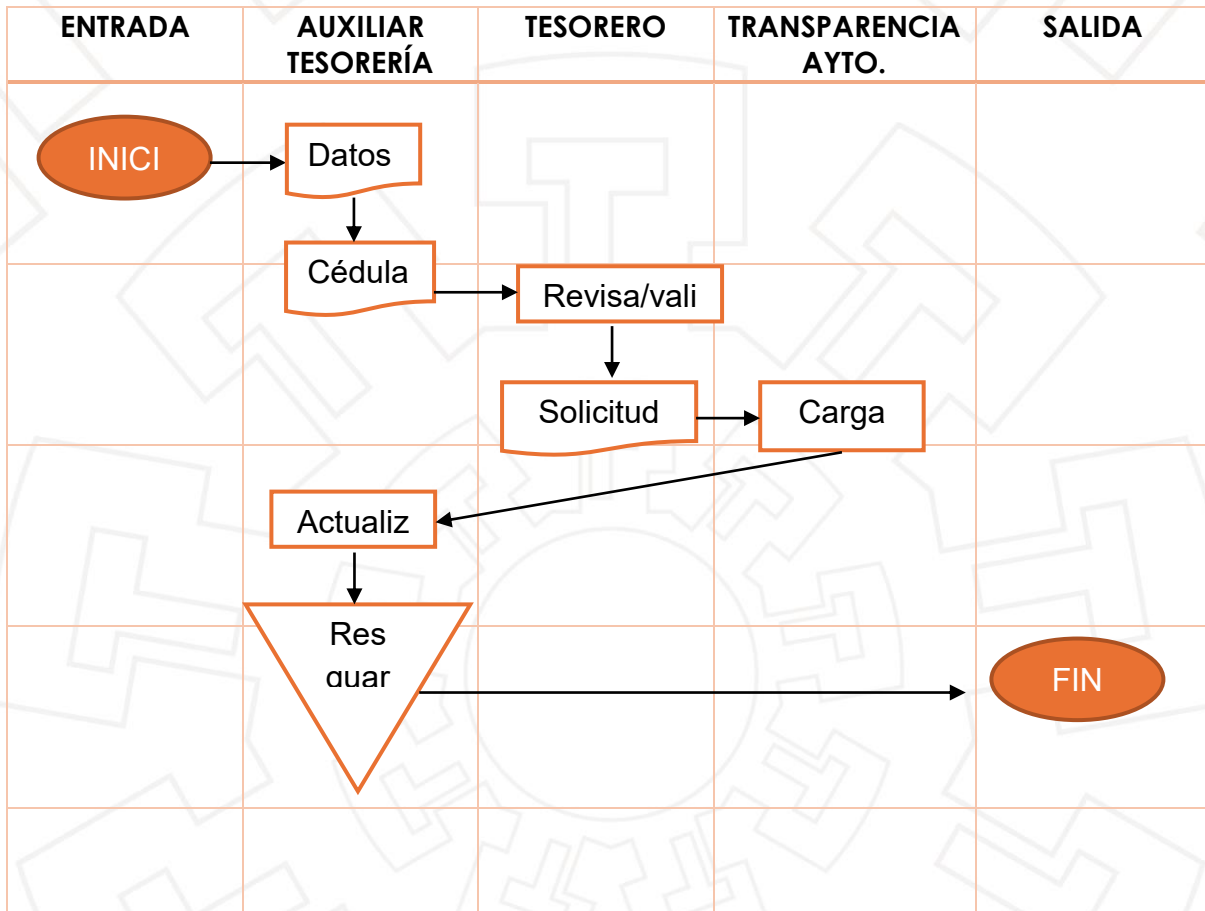
RESPONSABLE: TESORERÍA

PROCEDIMIENTO: GENERACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CÉDULAS DE BASES DE DATOS PERSONALES

OBJETIVO: GENERAR Y ACTUALIZAR LAS CÉDULAS DE BASES DE DATOS PERSONALES, CONFORME A LOS PROCESOS Y LA INFORMACIÓN QUE MANEJA LA TESORERÍA.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
1	Identificar los datos personales que maneja la Tesorería	Auxiliar de Tesorería	El procedimiento se ejecuta cada seis meses
2	Generar las Cédulas de Bases de Datos Personales correspondientes	Auxiliar de Tesorería	
3	Revisar y validar la información	Tesorero	
4	Solicitar a Transparencia, se carguen las cédulas en la plataforma correspondiente	Tesorero	
5	Cargar las Cédulas de Bases de Datos Personales de Tesorería	Unidad de Transparencia del Ayuntamiento	
6	Actualizar las Cédulas de Bases de Datos Personales	Auxiliar de Tesorería	
7	Resguardar documentación	Auxiliar de Tesorería	
			FIN DE PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



Órgano Interno de Control

**Nombre del
Procedimiento:**

Órgano Interno de Control

Objetivo:

Promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno de los entes públicos, o el competente para calificar en materia de responsabilidades, faltas administrativas graves y no graves, en las que hayan incurrido los servidores públicos con base en su desempeño, empleo, cargo o comisión.

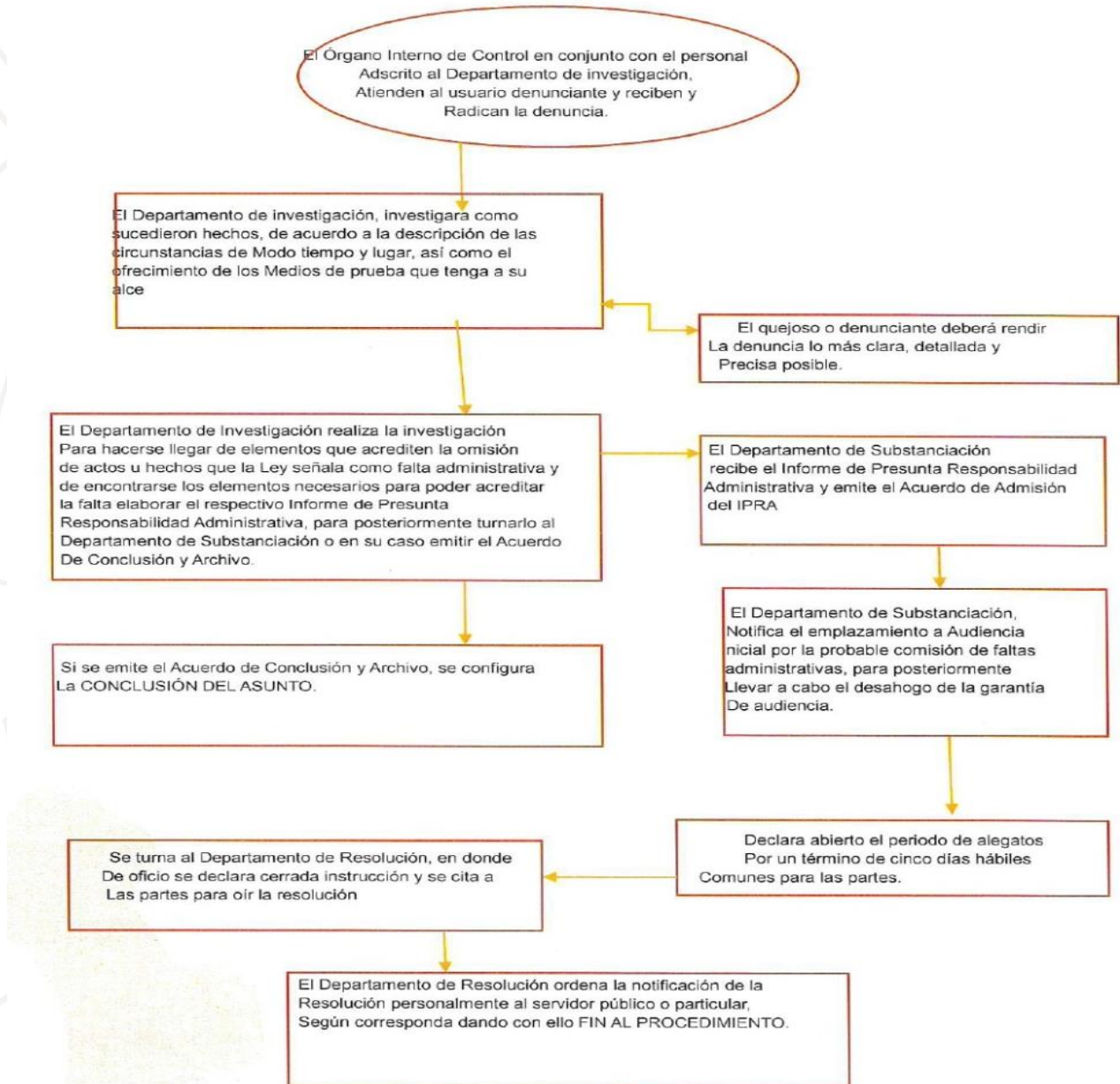
Tiempo de respuesta:

15 días.

Diagrama de flujo del Órgano de Control Interno

CALIMAYA 2025 • 2027

Diagrama de Flujo



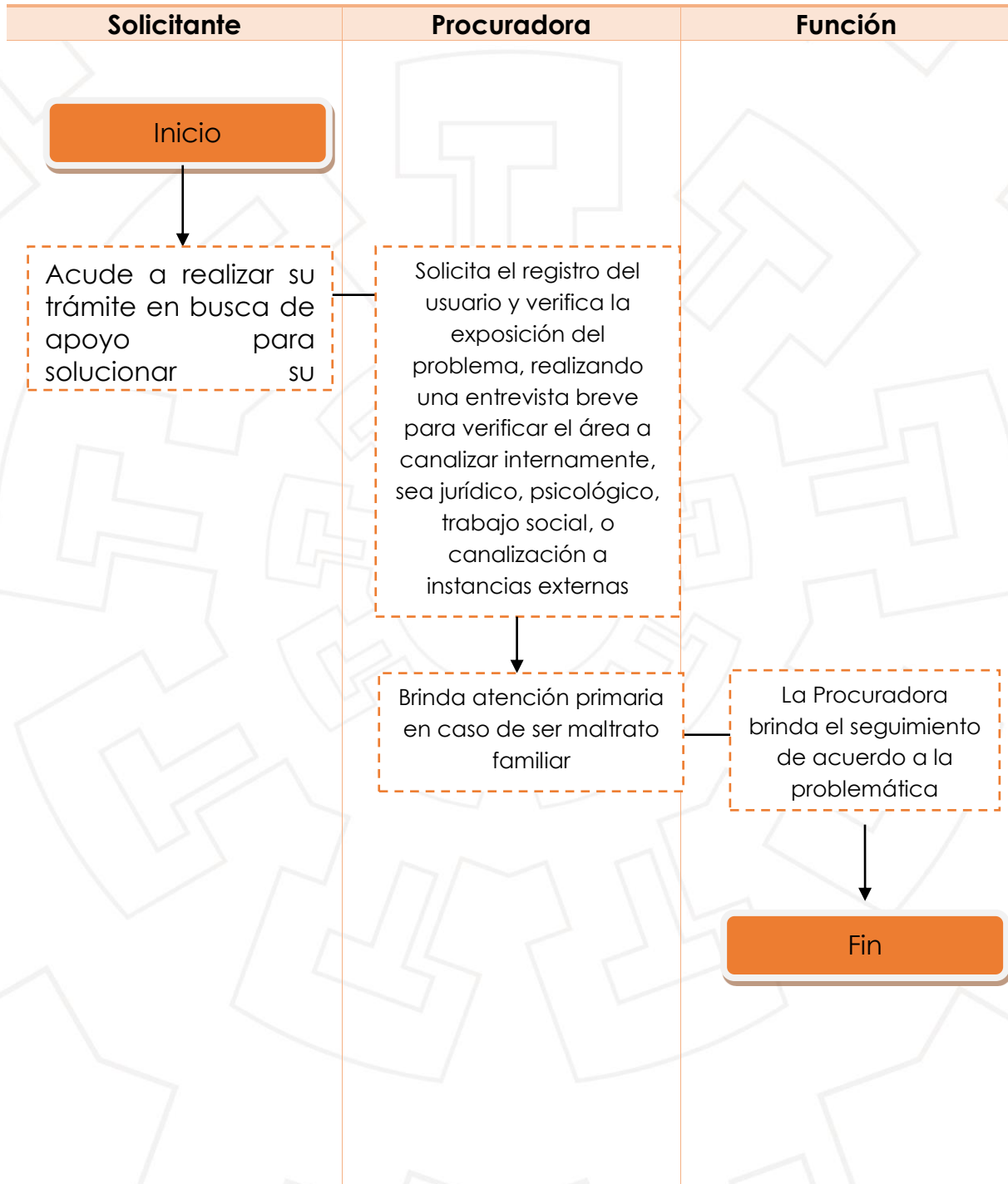
Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Nombre del servicio:	Atención a solicitudes jurídicas, maltrato y abuso.
Objetivo:	Proporcionar asistencia jurídica y orientación social a las familias de escasos recursos económicos del municipio, para garantizar el respeto a sus derechos y propiciar un ambiente sano que contribuya en la integración del núcleo familiar.
Políticas de Operación:	1. Atención y orientación. 2. Asistencia. 3. Canalización y seguimiento.
Tiempo de respuesta	24 horas

Descripción del servicio

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Solicitante	Inicio del Procedimiento Acude a realizar su trámite en busca de apoyo para solucionar su problema.	N/A
2	Procuradora	Solicita el registro del usuario y verifica la exposición del problema, realizando una entrevista breve para verificar el área a canalizar internamente, sea jurídico, psicológico, trabajo social, o canalización a instancias externas.	N/A
3	Procuradora	Brinda atención primaria en caso de ser maltrato familiar.	N/A
4	Procuradora	Seguimiento de acuerdo a la problemática.	N/A
Fin del Procedimiento			

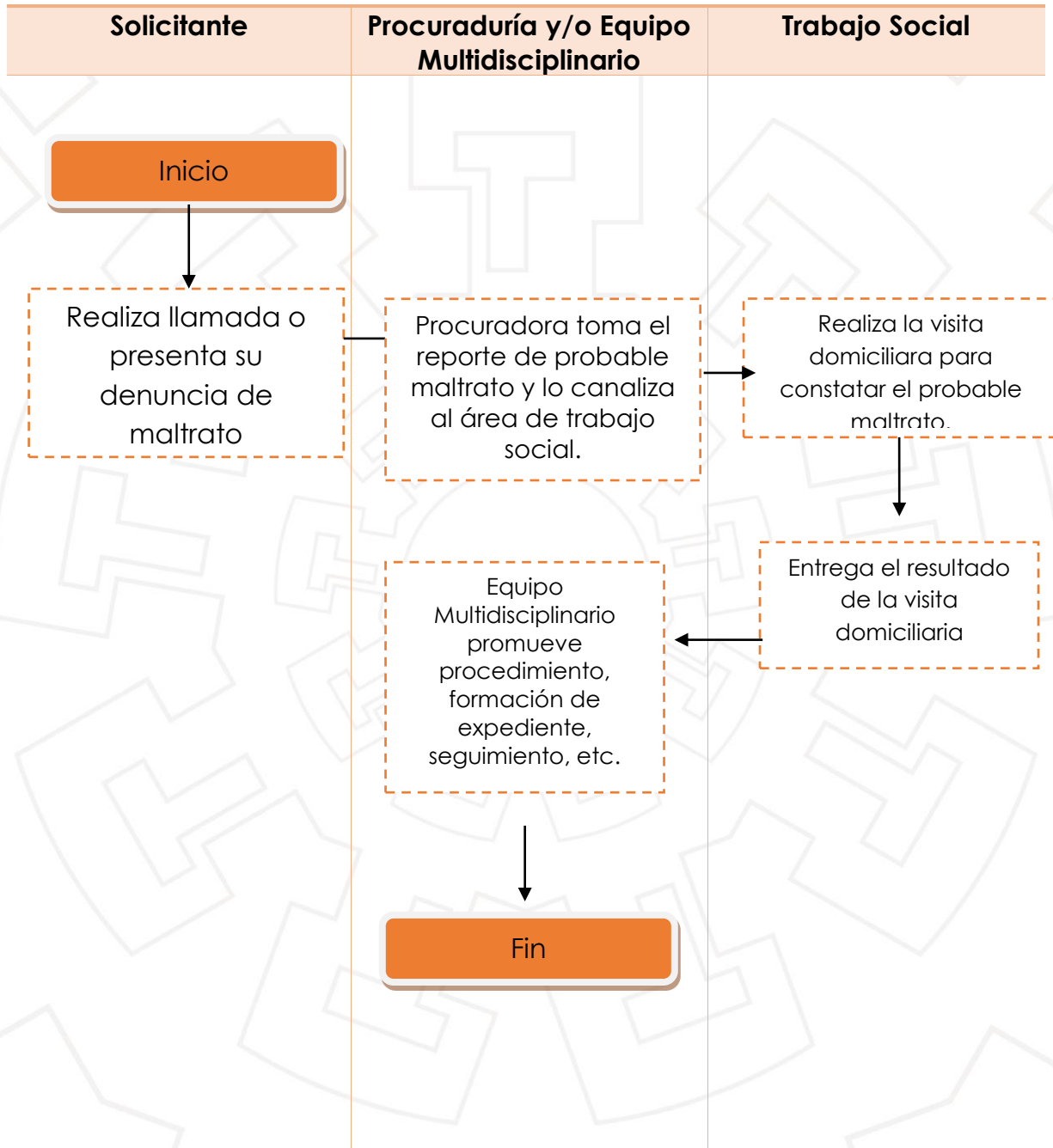
Diagrama de flujo de Procuraduría



Descripción del Servicio de Maltrato y Abuso Procuraduría

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Solicitante	Inicio del Procedimiento Realiza llamada o presenta su denuncia de maltrato personalmente.	N/A
2	Procuradora	Procuradora toma el reporte de probable maltrato y lo canaliza al área de trabajo social.	N/A
3	Trabajadora Social	Realiza la visita domiciliar para constatar el probable maltrato.	N/A
4	Trabajadora Social	Entrega el resultado de la visita domiciliar.	N/A
5	Equipo multidisciplinario (Procuradora, médico general, trabajadora social, psicología)	Promueve procedimiento, formación de expediente, seguimiento, etc. Fin del Procedimiento	N/A
	Tiempo de respuesta	Una hora	

Diagrama de Flujo de Maltrato y abuso



Formatos de Procuraduría Municipal para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes

ATENCIÓN REPRESENTANTE DE NNA HOJA DE PRIMER CONTACTO DEL USUARIO

NÚMERO DE RECIBO DE PAGO: _____

FECHA DE ATENCIÓN: _____ HORARIO DE ATENCIÓN: _____
SERVICIO: _____ PARENTESCO CON NNA: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE NNA: _____
OCUPACIÓN DEL REPRESENTANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO REPRESENTANTE: _____
LUGAR DE TRABAJO: _____
ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ INGRESOS MENSUALES: _____
DISCAPACIDAD: **SI / NO** ¿CUÁL?: _____
DOMICILIO: _____
POBLACIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
ENTRE CALLE: _____ Y _____
REFERENCIAS DEL DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS DE LA CONTRAPARTE

NOMBRE: _____ PARENTESCO CON NNA: _____
EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____
ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ INGRESOS MENSUALES: _____
DISCAPACIDAD: **SI / NO** ¿CUÁL?: _____
DOMICILIO: _____
POBLACIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
ENTRE CALLE: _____ Y _____
REFERENCIAS DEL DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE:

1.- NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD
ACTUAL: _____ GRADO ESCOLAR: _____ NOMBRE ESCUELA: _____
DISCAPACIDAD: **SI/NO** INDIQUE CUAL: _____
2.- NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD
ACTUAL: _____ GRADO ESCOLAR: _____ NOMBRE ESCUELA: _____
DISCAPACIDAD: **SI/NO** INDIQUE CUAL: _____
3.- NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD
ACTUAL: _____ GRADO ESCOLAR: _____ NOMBRE ESCUELA: _____
DISCAPACIDAD: **SI/NO** INDIQUE CUAL: _____
4.- NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD
ACTUAL: _____ GRADO ESCOLAR: _____ NOMBRE ESCUELA: _____
DISCAPACIDAD: **SI/NO** INDIQUE CUAL: _____

¿EL NNA HA SIDO VÍCTIMA DE ALGÚN HECHO QUE PROVABLEMENTE SEA UN DELITO? **SI / NO**
¿EL NNA HA SIDO VÍCTIMA DE LA VIOLACIÓN DE ALGUNO DE SUS DERECHOS? **SI / NO**
¿ANTERIORMENTE HA INICIADO ALGÚN PROCEDIMIENTO LEGAL POR EL MOTIVO QUE HOY SOLICITA EL SERVICIO LEGAL DEL SMDIF? **SI / NO** INDIQUE FECHA APROXIMADA: _____

AVISO: ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ADSCRITO AL SMDIF DE CALIMAYA, SE LE INFORMA QUE POSTERIOR A LA ASESORÍA O ENTREVISTA, EL PERSONAL DEL SMDIF PODRÁ DETERMINAR LA INTERVENCIÓN DEL GRUPO MULTIDISCIPLINARIO (MÉDICO, ABOGADO, TRABAJADOR SOCIAL Y PSICÓLOGO) EN FAVOR DE PRESERVAR SUS DERECHOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO

DATOS DE LA ASESORÍA

ACCIONES QUE SE DETERMINARON POR PARTE DEL PERSONAL ADSCRITO A PMPNNA PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LOS NNA INVOLUCRADOS

MARQUE CON UNA X TODAS LAS DETERMINACIONES, MEDIDAS, O ACCIONES IMPLEMENTADAS		OBSERVACIONES:
ASESORÍA JURÍDICA		
ACOMPANIAMIENTO EN JUICIO		
ESCUCHA DE NNA		
ENTREGA VOLUNTARIA		
EXTERNAMIENTO A CENTRO PENITENCIARIO		
ACERCAMIENTO Y VISITA MULTIDICLINARIA		
REPRESENTACIÓN JURÍDICA	COADYUVAN SUPLENTE	
GESTIÓN ANTE INSTITUCIÓN DIVERSA	MENCIONE INSTITUCIÓN:	
SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO		
INGRESO DE PADRE, MADRE O REPRESENTANTE DEL NNA A TALLER "ESCUELA PARA PADRES"		
APOYO DE PROGRAMAS QUE BRINDA EL SMDIF		
SE ENVIA CITATORIO PARA PLÁTICA CONCILIATORIA DE LAS PARTES	SI NO	
OTROS:		

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN AL USUARIO

PROCURADURIA DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

PERSONAS ATENDIDAS NNA

FECHA: _____

NO.	NOMBRE	EDAD	COMUNIDAD	FIRMA
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				
7.-				
8.-				
9.-				
10.-				
11.-				
12.-				
13.-				
14.-				
15.-				
16.-				
17.-				
18.-				
19.-				
20.-				
21.-				
22.-				
23.-				
24.-				
25.-				
26.-				
27.-				
28.-				
29.-				
30.-				
31.-				
32.-				
33.-				
34.-				
35.-				

PROCURADURIA DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

PERSONAS ATENDIDAS ADULTOS MAYORES

FECHA: _____

NO.	NOMBRE	EDAD	COMUNIDAD	FIRMA
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				
7.-				
8.-				
9.-				
10.-				
11.-				
12.-				
13.-				
14.-				
15.-				
16.-				
17.-				
18.-				
19.-				
20.-				
21.-				
22.-				
23.-				
24.-				
25.-				
26.-				
27.-				
28.-				
29.-				
30.-				
31.-				
32.-				
33.-				
34.-				
35.-				

REPORTE TELEFÓNICO DE POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NNA

FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE DE QUIEN REPORTA O INDICAR SI ES ANÓNIMO:

TELÉFONO (S) O MEDIO DE CONTACTO CON LA PERSONA QUE REPORTA:

HECHOS QUE
REPORTA:

¿CÓMO CONOCE DE LOS HECHOS?

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE REPORTA ESTA PROBABLE VULNERACIÓN? **SI / NO**

NOMBRE (S) DEL GENERADOR O GENERADORES DE VIOLENCIA:

NOMBRES Y EDADES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES VULNERADOS:

NOMBRE (S)	EDAD

DOMICILIO QUE HABITAN LOS NNA VICTIMAS DE VULNERACIÓN:

CALLE: _____

NÚMERO: _____

ENTRE CALLES: _____

LOCALIDAD / BARRIO/COLONIA: _____

REFERENCIAS DEL DOMICILIO:

TELÉFONO (S) O MEDIO DE CONTACTO:

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE PPNA QUE RECIBE EL REPORTE:

REPORTE TELEFÓNICO DE POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS DE ADULTO MAYOR

FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE DE QUIEN REPORTA O INDICAR SI ES ANÓNIMO:

TELÉFONO (S) O MEDIO DE CONTACTO CON LA PERSONA QUE REPORTA:

HECHOS QUE REPORTA:

¿CÓMO CONOCE DE LOS HECHOS? _____

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE REPORTA ESTA PROBABLE VULNERACIÓN? **SI / NO**

NOMBRE (S) DEL GENERADOR O GENERADORES DE VIOLENCIA:

NOMBRE Y EDAD DEL / DE LOS ADULTOS MAYORES

NOMBRE (S)	EDAD

DOMICILIO QUE HABITAN LOS ADULTOS MAYORES VICTIMAS DE VULNERACIÓN:

CALLE: _____
NÚMERO: _____

ENTRE CALLES:

LOCALIDAD / BARRIO/COLONIA:

REFERENCIAS DEL DOMICILIO:

TELÉFONO (S) O MEDIO DE CONTACTO:

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE PPNA QUE RECIBE EL REPORTE:

**RECEPCIÓN DE CASOS DE RESTRICCIÓN Y VULNERACIÓN DE
DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

ACTA CIRCUNSTANCIADA

En el Municipio de Calimaya, Estado de México, siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año 2025 en las instalaciones de esta Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Hago Constar

Que el día que se indica, **LA TITULAR DE LA PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES del SMDIF, CALIMAYA**, recibió de forma _____ un reporte de probable restricción o vulneración de derechos de NNA, de una persona del género _____;

Describiendo _____ los _____ siguientes _____ hechos

Motivo por el cual la Titular de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del SMDIF, Calimaya, indicó:

- Que se aperture el expediente con número consecutivo en el libro de gobierno para ser atendido.
- La movilización e intervención del Grupo Multidisciplinario de este SMDIF Calimaya

Se asienta lo anterior para los efectos legales a los que haya lugar, con fundamento en los artículos 40, 41, fracción I, II, XI, XII, XIV y 42 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México.

**PROCURADORA MUNICIPAL DE
PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES DEL SMDIF CALIMAYA**

Con fundamento en el artículo 12, 23 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México, esta información es considerada confidencial por su propia naturaleza.

No. de reporte:

No. Exp: /

Fecha:

Hora:

Datos de la Niña Niño o Adolescente

Nombre(s)	Edad	Escolaridad	CURP	Genero

Domicilio: _____

Colonia: _____ Municipio: _____

Entre calle y calle: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Teléfono: _____

Referencias: _____

Procedencia del caso de probable restricción y vulneración de derechos de NNA

Personal ☐ Vía telefónica ☐ Anónimo ☐ Por oficio ☐

Tipo de probable restricción y vulneración de derechos de NNA

Físico ☐ Psicológico ☐ Abuso Sexual ☐ Abandono ☐ Negligencia ☐

Datos del(os) probable(s) generador(es)

Nombres: _____

Parentesco: _____

Domicilio: Mismo ☐ Otro ☐ Señalar: _____

Calle y Número: _____
Colonia: _____ Código Postal: _____
Entre calle y calle: _____
Población: _____ Municipio: _____
Teléfono: _____ Nacional: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Apodo: _____

Datos de quien reporta

Nombre: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____ CURP: _____

¿Por qué conoce el caso? Vecino ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Conocido ☐ Otros ☐

**PROCURADORA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL SMDIF CALIMAYA**

RECEPCIÓN DE CASOS DE RESTRICCIÓN Y VULNERACIÓN DE ADULTO

ACTA CIRCUNSTANCIADA

En el Municipio de Calimaya, Estado de México, siendo las _____ horas del día
_____ del mes de _____ del año 2025 en las instalaciones de esta
Procuraduría:

Hago Constar

Que el día que se indica, **LA TITULAR DE LA PROCURADURÍA DEL SMDIF, CALIMAYA**,
recibió de forma _____ un reporte de probable
restricción o vulneración de derechos de **Adulto Mayor**, de una persona del género
_____; Describiendo los siguientes hechos

Motivo por el cual la Titular de la Procuraduría del SMDIF, Calimaya, indicó:

- c) Que se aperture el expediente con número consecutivo en el libro de gobierno para ser atendido.

d) La movilización e intervención del Grupo Multidisciplinario de este SMDIF Calimaya

Se asienta lo anterior para los efectos legales a los que haya lugar, con fundamento en los artículos 40, 41, fracción I, II, XI, XII, XIV y 42 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México.

PROCURADORA MUNICIPAL

DEL SMDIF CALIMAYA

Con fundamento en el artículo 12, 23 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México, esta información es considerada confidencial por su propia naturaleza.

No. de reporte:
No. Exp:
Fecha:
Hora:

Datos del Adulto Mayor

Nombre(s)	Edad	Escolaridad	CURP	Genero

Domicilio: _____

Colonia: _____ Municipio: _____

Entre calle y calle: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Teléfono: _____

Referencias: _____

Procedencia del caso de probable restricción y vulneración de derechos del Adulto Mayor

Personal ☐ Vía telefónica ☐ Anónimo ☐ Por oficio ☐

Tipo de probable restricción y vulneración de derechos del Adulto Mayor

Físico ☐ Psicológico ☐ Abuso Sexual ☐ Abandono ☐ Negligencia ☐

Datos del(os) probable(s) generador(es)

Nombres: _____

Parentesco: _____

Domicilio: Mismo ☐ Otro ☐ Señalar: _____

Calle y Número: _____

Colonia: _____ Código Postal: _____

Entre calle y calle: _____



Población: _____ Municipio: _____

Teléfono: _____ Nacional: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Apodo: _____

Datos de quien reporta

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____ CURP: _____

¿Por qué conoce el caso? Vecino ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Conocido ☐ Otros ☐

**PROCURADORA
DEL SMDIF CALIMAYA**

Coordinación de Programas

Nombre del Procedimiento:

Reportes semanales de coordinadores

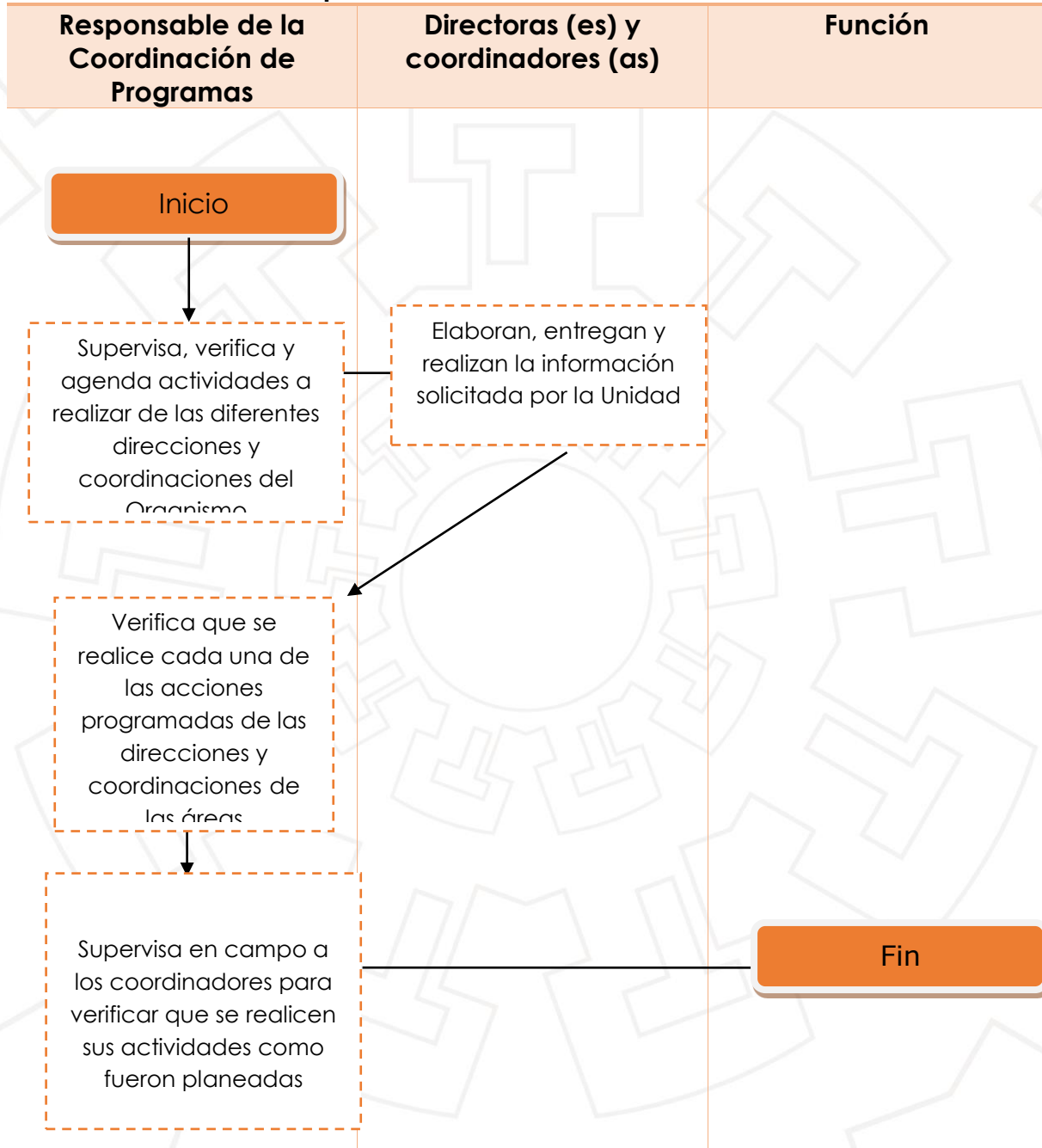
Objetivo:	Conocer las actividades de las coordinaciones y con anticipación para priorizar tiempos y otorgarles los insumos adecuados para realizar sus funciones.
Políticas de Operación:	1. Las entregas de reportes se realizan los días jueves. 2. La Coordinación agenda los roles de trabajo de los coordinadores.
Tiempo de respuesta	Dos días hábiles.

Descripción del Procedimiento

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Responsable de la Coordinación de Programas	Inicio del Procedimiento Supervisa, verifica y agenda actividades a realizar de las diferentes direcciones y coordinaciones del Organismo.	Cronograma
2	Directoras (es), y Coordinadores (as)	Elaboran, entregan y realizan la información solicitada por la Unidad.	N/A
3	coordinación de Programas	Verifica que se realice cada una de las acciones programadas de las direcciones y coordinaciones de las áreas.	N/A
4	Responsable de la coordinación de Programas	Supervisa en campo a los coordinadores para verificar que se realicen sus actividades como fueron planeadas.	N/A
Fin del Procedimiento			

Diagrama de flujo de Coordinación de Programas

Reporte semanal de coordinadores



Estancias Infantiles “Madre Teresa De Calcuta” y “Mónica Pretelini”

Nombre del servicio:

Inscripción y reinscripción

Objetivo:

Brindar un excelente servicio de calidad y responsabilidad para apoyar a las madres y padres trabajadores, cuidando con responsabilidad a sus hijos durante el tiempo que ellos están laborando, conforme a los planes, programas y Reglas de Operación emitidos por DIFEM.

Políticas de Operación:

1. Presentar la solicitud
2. El horario de atención es de 9:00 a 15:00 horas.
3. El servicio está dirigido a las madres y padres trabajadores.

Tiempo de respuesta

Dos horas

Requisitos

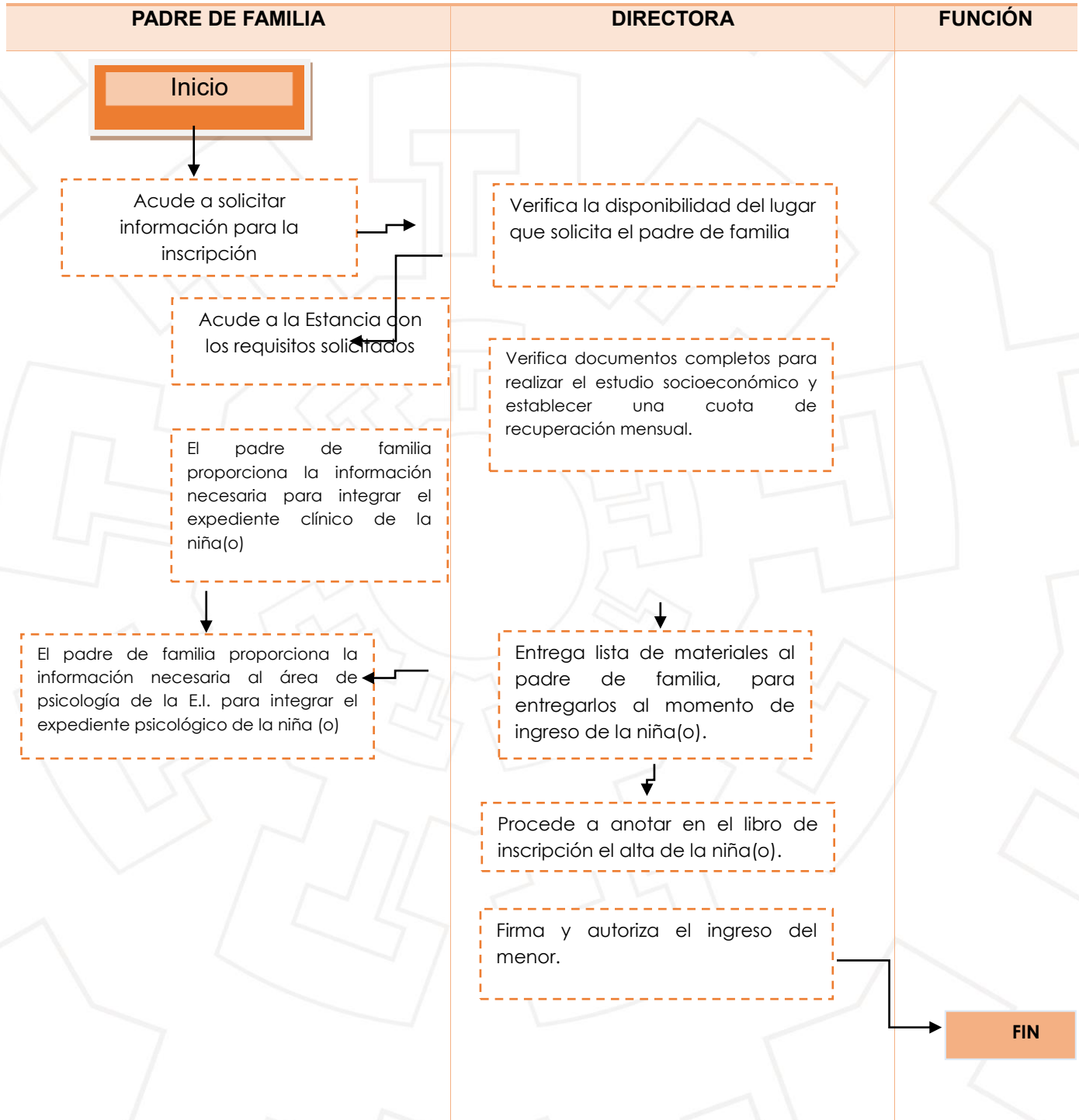
- Acta de nacimiento
- Curp
- Certificado medico
- Cartilla de vacunación
- Comprobante de domicilio
- Comprobante de ingreso de los padres
- 6 fotografías del niño (a) tamaño infantil

Descripción del servicio de inscripción a las Estancias Infantiles

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Padre de familia	Acude a solicitar información para realizar la inscripción.	N/A
2	Directora de la Estancia Infantil	Verificar la disponibilidad del lugar que solicita el padre de familia para otorgar los requisitos.	N/A
3	Padre de familia	Acude a la Estancia con los requisitos solicitados.	N/A
4	Directora Estancia Infantil	Verificar documentos completos para realizar el estudio socioeconómico y establecer una cuota de recuperación mensual.	N/A
5	Directora Estancia Infantil	Asigna grupo	N/A
6	Directora de la Estancia Infantil	Canaliza al alumno al área médica para que el padre de familia proporcione la información necesaria para integrar el expediente clínico de la niña(o)	N/A
7	Directora de la Estancia Infantil	Canaliza al alumno y padre de familia al área de psicología de la E.I. para integrar el expediente psicológico del niño (o)	N/A
8	Directora Estancia Infantil	Integra la documentación al expediente	N/A
9	Directora Estancia Infantil	Entrega lista de materiales al padre de familia, para entregarlos al momento de ingreso de la niña(o).	N/A
10	Directora Estancia Infantil	Procede a anotar en el libro de inscripción el alta de la niña(o) y se anota.	N/A

Diagrama de flujo Estancias Infantiles

Recepción de solicitudes a Estancia Infantil



Formatos de las Estancias Infantiles

ESTANCIA INFANTIL "MADRE TERESA DE CALCUTA"
C.C.T. 15EDI2145U ZONA ESCOLAR D009

ASIGNACIÓN DE SALA

Nombre: _____ Genero: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ CURP: _____

TABLA DE ESTADOS DE EDAD		FECHA DE ASIGNACIÓN
Lactantes	De 3 meses a 1 año 6 meses de edad.	
A	De 3 meses a 6 meses de edad.	
B	De 7 meses a 11 meses de edad.	
C	De 1 año a 1 año 6 meses de edad.	
Maternales	De 1 año 7 meses a 2 años 11 meses de edad.	
A	De 1 año 7 meses a 1 año 11 meses de edad.	
B	De 2 años a 2 años 5 meses de edad.	
C	De 2 años 6 meses a 2 años 11 meses de edad.	
Preescolar	De 3 años a 3 años 11 meses de edad.	
Preescolar 1	De 3 años a 3 años 11 meses de edad.	

Años cumplidos del 1° de enero al 31 de diciembre del año en curso.

DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre de la persona solicitante:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre (s)

Domicilio Particular:

Calle	Número	Localidad
Municipio	Entidad	Código Postal

Nombre y Firma del Padre, Madre o Tutor

Nombre, Firma de la Dirección de la Estancia Infantil

Lugar y Fecha

Comprobante de Inscripción
Estancia Infantil "MADRE TERESA DE CALCUTA"
C.C.T. 15EDI2145U
ZONA ESCOLAR D009

Fecha de elaboración: ____/____/____

Nombre: _____ Género: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ CURP: _____

Edad: _____ Sala: _____

Horario de servicio: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 03:00 p.m.

DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre de la persona solicitante:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre (s)

Domicilio Particular:

Calle	Número	Localidad

Municipio	Entidad	Código Postal

Entre calle: _____ y calle _____

Referencias de ubicación: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja o estudia: _____

Domicilio del lugar donde trabaja o estudia:

Calle, número y colonia	Municipio	Entidad

Teléfono: _____ Puesto: _____ Horario: _____

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la documentación y/o datos aquí asentados son verdaderos y que, en caso de presentar información o documentación falsa, seré acreedor a las sanciones aplicables por la autoridad competente. Asimismo, manifiesto que estoy de acuerdo en cumplir cabalmente las normas especificadas en el acuerdo de convivencia de esta Estancia Infantil.

Nombre y Firma del Padre, Madre o Tutor

Nombre, Firma de la Dirección de la Estancia Infantil

Lugar y Fecha

		ESTUDIO SOCIAL CORTO ESTANCIA INFANTIL MONICA PRETELINI C.C.T 15EDI2197Z ZONA ESCOLAR D009			
NOMBRE:			CUOTA DE RECUPERACIÓN:		
EDAD:	SEXO:	EDO. CIVIL:		FECHA DE ESTUDIO:	
ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN:			TEL. CELULAR	
DOMICILIO:			TEL. DOMICILIO:		
UBICACIÓN ENTRE CALLES:					
ENTIDAD FEDERATIVA: Estado de México			CODIGO POSTAL:		
PUNTO DE REFERENCIA:					
MOTIVO DE ESTUDIO: Determinar cuota de recuperación					
NOMBRE DEL ENTREVISTADO:			PARENTESCO:		
ESTRUCTURA FAMILIAR					
MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION ESCOLARIDAD	

SITUACION ECONOMICA MENSUAL																																
INGRESO						EGRESO																										
		INGRESO						ALIMENTACION																								
								RENTA O PAGO DE CASA																								
	PADRE							SERVICIOS DEL HOGAR																								
	MADRE							ATENCION MEDICA																								
	HIJO (A)							EDUCACION																								
	PACIENTE							TRANSPORTE																								
	OTROS							RECREACION																								
	ABUELITA							VESTIDO																								
	TOTAL							OTROS																								
										TOTAL																						
CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA																																
TIPO DE VIVIENDA	COMPONENTES				SERVICIOS								TENENCIA				TIPO DE CONSTRUCCION		BARRERAS ARQUITECTONICAS													
																			INTERNAS			EXTERNAS										
SALA	COMEDOR	COCINA	No BAÑOS	No RECAMARAS	AGUA	LUZ	DRENAJE	ALUMBRADO	ALCANTARIADO	PAVIMENTO	TELEFONO	TRANSPORTE	SERVICIO D LIMPIEZA	PROPIA	RENTADA	HIPOTECA	INT. SOCIAL	PARACAIDISTA	OTRO	TABIQUE O	CARTON	LAMINA	OTRO LOZA	ESCALERAS	ESPACIO REDUCIDO	FATA ADECUACION	FALTA MOBILIARIO	CALLE INACCESIBLE	FALTA TRANSPORTE	SIN PAVIMENTO	PENDIENTES	BARRANCAS
CASA																																
DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA																																
DIAGNÓSTICO:																																

NOMBRE Y FIRMA DEL T.S.	SELLO DEL DIF MUNICIPAL T.S	NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO
T. S		

ESTANCIA INFANTIL "MADRE TERESA DE CALCUTA"
HOJA DE FILTRO Y REGISTRO DIARIO

LLENADO POR PADRE O TUTOR	LLENADO POR DOCENTE	LLENADO POR PADRE O TUTOR																																																													
Fecha: / / Día: L M M J V Hora de entrada:  Quien entrega al niño (a): Nombre _____ Firma _____ Quien recibe al niño (a) Nombre _____ Firma _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:70%;">El niño...</td> <td style="width:15%;">SI</td> <td style="width:15%;">NO</td> </tr> <tr> <td>Presenta alguna enfermedad</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se presenta limpio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se presenta con cosas de aseo personal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presenta moretones o rasguños</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oxigenación</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Observaciones _____ _____ _____ _____	El niño...	SI	NO	Presenta alguna enfermedad			Se presenta limpio			Se presenta con cosas de aseo personal			Presenta moretones o rasguños			Temperatura			Oxigenación			Desayuno: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">nada</td> <td style="width:25%;">Poco</td> <td style="width:25%;">Todo</td> <td style="width:25%;">Pidió más</td> </tr> </table> Comida: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">nada</td> <td style="width:25%;">Poco</td> <td style="width:25%;">Todo</td> <td style="width:25%;">Pidió más</td> </tr> </table> Control de esfínteres: Aviso <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">SI</td> <td style="width:50%; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">☐ Pípi</td> <td style="width:33%; text-align: center;">☐ popo</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Hora</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐ Pípi</td> <td style="text-align: center;">☐ popo</td> <td style="text-align: center;">Hora</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐ Pípi</td> <td style="text-align: center;">☐ popo</td> <td style="text-align: center;">Hora</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐ Pípi</td> <td style="text-align: center;">☐ popo</td> <td style="text-align: center;">Hora</td> </tr> </table> Siesta de _____ a _____ Trabajo Participo Pego Cumplió Con material <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Se portó:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Estuvo:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width:50%; text-align: center;">No</td> </tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> </table> Observaciones: _____ _____ _____ _____ Firma docente Firma padre o tutor	nada	Poco	Todo	Pidió más	nada	Poco	Todo	Pidió más	SI	NO	☐ Pípi	☐ popo	Hora	☐ Pípi	☐ popo	Hora	☐ Pípi	☐ popo	Hora	☐ Pípi	☐ popo	Hora	Se portó:				Estuvo:				Si	No									Hora de salida: _____  Quien entrega al niño (a): Nombre: _____ Firma: _____ ¿El niño (a) se entregó bien? SI ☐ ☐ ¿Se entregaron todas sus cosas personales? SI ☐ ☐  Quien recibe al niño (a) Nombre _____ Firma _____ Observaciones _____ _____ _____
El niño...	SI	NO																																																													
Presenta alguna enfermedad																																																															
Se presenta limpio																																																															
Se presenta con cosas de aseo personal																																																															
Presenta moretones o rasguños																																																															
Temperatura																																																															
Oxigenación																																																															
nada	Poco	Todo	Pidió más																																																												
nada	Poco	Todo	Pidió más																																																												
SI	NO																																																														
☐ Pípi	☐ popo	Hora																																																													
☐ Pípi	☐ popo	Hora																																																													
☐ Pípi	☐ popo	Hora																																																													
☐ Pípi	☐ popo	Hora																																																													
Se portó:																																																															
																																																															
Estuvo:																																																															
																																																															
Si	No																																																														

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA HISTORIA PSICOPEDAGÓGICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Sexo: _____ FECHA: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Fecha de nac.: _____ Tel. _____
Estancia Infantil: _____ Sala: _____ Grupo: _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos de los padres.

Madre vive () falleció () Motivo/edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Estabilidad Emocional: _____

Hábitos viciosos: _____ Frecuencia: _____

Padre vive () falleció () Motivo/edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Estabilidad Emocional: _____

Hábitos viciosos: _____ Frecuencia: _____

Estado civil: casados () separados () divorciados () viudos () unión libre () madre/padres solteros () ambos ausentes ()

Motivo: _____

¿Con menor? _____ quién vive el

ESTRUCTURA FAMILIAR (Familiograma)

Relaciones familiares:

Tiempo que la madre dedica a la familia: _____

Tiempo que el padre dedica a la familia: _____

Describe la relación de padre-madre: _____

Describe la relación de padre-hijo o hija: _____

Describe la relación de madre-hijo o hija: _____

Describe la relación de hermanos-hijo o hija: _____

¿Quién se hace cargo del niño el tiempo que permanece en casa? _____

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

	Padre	Madre	otros	¿Quién?
Diabetes	()	()	()	_____
Epilepsia	()	()	()	_____
Alergias	()	()	()	_____
Hiperactividad	()	()	()	_____
Trastornos Conductuales	()	()	()	_____
Hipoacusia	()	()	()	_____
Deficiencia mental	()	()	()	_____
Trastornos mentales	()	()	()	_____
Alcoholismo	()	()	()	_____
Drogadicción	()	()	()	_____
Cáncer	()	()	()	_____
.....				_____

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Evolución del embarazo.

Numero de embarazos de la madre _____ abortos _____ causa _____
Embarazo deseado SI () NO () gesta _____ edad de la madre al embarazarse _____
Actitud de la familia ante el embarazo: _____

¿Sufrió la madre algún trastorno durante el embarazo? _____
En caso de haber sufrido alguna enfermedad, describa cual es: _____

Tuvo durante el embarazo la madre:
Accidentes () Traumatismos () Radiaciones () Transfusiones () Describa: _____
¿Se le administro algún medicamento? Si () no () ¿Cuál? _____

Parto:

Prematuro () Numero de semanas: _____ A termino () Numero de semanas: _____ Ruptura previa de fuente si () no ()
¿Cuánto tiempo antes del parto? _____ Lugar del parto: casa () sanatorio () otros ()
Cuál: _____ atendido por: _____ Tiempo de trabajo de parto: _____
Método de anestesia: general () bloqueo () ninguno ()
Parto: Normal () Inducido () psicoprofiláctico () cesárea () fórceps ()
Complicaciones: _____
Sufrimiento fetal () cordón umbilical () factor RH: () otros () Describir: _____
Presentación fetal: Cefálica () Podálica () Dorsal () Llanto espontaneo () llanto retardado () tiempo _____
Requirió oxígeno () incubadora () tiempo _____ peso al nacer _____ talla al nacer _____
Presento: ictericia () cicatrices () hipoxia () deformaciones () otros () Describir _____

V. DESARROLLO DEL NIÑO.

alimentación

Describe la conducta que se observe durante el momento de la lactancia natural y/o artificial
Lactancia materna si () no () hasta cuando _____ Motivo: _____
Biberón si () no () hasta cuándo: _____ motivo: _____
Manifestó dificultades para: succionar () deglutir () motivo: _____
Problemas digestivos: Diarrea () estreñimiento () vómito ()
Problemas de alimentación: Al privarle del seno () Al suprimir biberón () Para aceptar alimentos sólidos () Dificultad para masticar ()
¿De qué manera se suprimió la lactancia materna y/o biberón? _____

Motricidad y lenguaje (describir a qué edad)

Sostuvo la cabeza _____ Se sentó _____ Gateo _____ Se paró solo _____ Primeros pasos _____
Camino solo _____ sube y baja escaleras con ayuda _____ Sube y baja escaleras sin ayuda _____
¿Cuáles son las actividades físicas preferidas? _____
Primeras palabras _____ Primeras frases _____ Dice su nombre _____
Describir como es actualmente su lenguaje: _____
¿A tenido regresiones en su lenguaje? Si () no () ¿Cuándo? _____

Control de esfínteres

Edad en la que controló _____ Diurno _____ Nocturno _____ ¿Fue difícil que lograra sus esfínteres? Si () no ()
Describe _____
Actualmente tiene accidentes si () no () Frecuencia _____ Causa aparente _____

Lateralidad

Zurdo () diestro () ambas () no definido ()

Sueño

Horario de sueño: diurno _____ nocturno _____
Cama independiente () compartida () ¿Por qué? _____
¿En el mismo cuarto de los padres? Si () no () ¿Por qué? _____
¿Requiere de algún ritual para irse a la cama? _____
Resistencia para ir a la cama solo () Precisa de luz prendida () Pesadillas () Terrores nocturnos ()
Habla en el sueño () despierta gritando () sonambulismo () sueño intranquilo () rechina los dientes ()
Relación de los padres ante alguna de estas manifestaciones: _____
¿Tiene miedo de ir a algún lugar en la casa solo? Si () no () Algún miedo en especial _____
Describe: _____

Cuadro de vacunas

Completo () Incompleto () ¿Por qué? _____

Respuesta orgánica a las vacunas: _____

¿Se ha sometido al menor a alguna cirugía? Si () no () Edad _____ Describir _____

Padecimiento que ha tenido el menor (indicar edad en la que presente)

Convulsiones () Problemas de audición () Problemas de estómago () Problemas de riñón () Glándulas del cuello inflamadas ()

Diarrea () Hernia () Bajo peso () Problemas de la piel () Pie plano () Deformación de huesos () Asma () Deficiencias visuales ()

Anemia () Problemas del corazón () Dolores de cabeza () Deficiencias pulmonares y branquiales () Estreñimiento () Obesidad ()

Problemas ojo/oído () Problemas de garganta () Alergias por alimentos () Alergias por medicamentos () Fiebres altas () otros ()

Describe: _____

Indique el tratamiento y si actualmente persiste o ha superado el padecimiento: _____

VI. ADAPTACIÓN SOCIAL

Ha asistido a estancia desde: _____ Ha asistido al Jardín de niños desde: _____

Su adaptación ha sido Adecuada () Inadecuada () ¿Por qué? _____

¿asiste regularmente? Si () no () ¿Por qué? _____

Su comportamiento social y su carácter

Obediente () Desobediente () Extrovertido () Introverso () Dependiente () Independiente () Miedoso () Audaz ()

Sociable () Berrinchudo () Agresivo () Hiperactivo () otros () Cuáles _____

VII. ADAPTACIÓN GENERAL:

¿Cuáles han sido sus juegos y juguetes preferidos? _____

¿Cómo es su conducta durante el juego? _____

Describe qué hace el menor durante su tiempo libre: _____

¿Quién ha sido responsable de la conducta del menor? _____

¿Quién ha impuesto normas en casa? _____

¿Cómo se hacen obedecer los padres? _____

¿Utilizan castigos? Si () no () De la lista siguiente marcar, describir cómo y con qué frecuencia:

Amenazas	()	_____
Verbal	()	_____
Encierro	()	_____
Privaciones	()	_____
otros	()	_____

¿Cómo reacciona el menor ante el castigo? _____

¿Le explica al menor antes de utilizar el castigo? Si () no () ¿Cómo? _____

¿Qué persona de la familia consiente o sobre protege al niño? _____

¿Quién de la familia no toma en cuenta al niño? _____

¿Qué medidas ha tomado usted al respecto? _____

¿El niño ha presentado alguna de las siguientes conductas con cierta frecuencia?

Berrinches () Miente en exceso () Agresividad () Llanto excesivo () Rechaza los alimentos () Se toca los genitales ()

Se orina en la cama () Se orina de día () Incontinencia intestinal () Come en exceso () Se muerde las uñas ()

Succiona el pulgar () Toma cosas de otros a escondidas () otros () ¿Cuáles? _____

¿Cuál ha sido la actitud de los padres ante el problema? _____

¿A qué edad notaron los padres que el menor tuviera esa tendencia? _____

¿Acostumbraron a dar algún premio o recompensa para estimular la conducta del infante? Si () no () ¿Cuál? _____

¿Se han suscitado hechos significativos que hayan afectado el desarrollo del niño? (Muerte de algún familiar o conocido, accidentes, cambios de casa, cambios de trabajo, etc) describa _____

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Vivienda

Tipo de vivienda. Casa () cuarto () departamento () otros () Especifique _____

**ESTANCIA INFANTIL
"MADRE TERESA DE CALCUTA"
C.C.T. 15EDI2145U
ZONA ESCOLAR D009**

**HOJA FRONTAL
FOTO**



NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ TEL: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ TEL: _____

DOMICILIO: _____

FECHA DE INGRESO AL PLANTEL: _____

SISTEMA MEDICO AL QUE PERTENECE: _____

CICLO ESCOLAR	GRUPO

MORBILIDAD

<u>FECHA</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>TRATAMIENTO</u>

Unidad de Rehabilitación e Integración Social (URIS).

Nombre del servicio:	Atención a personas con discapacidad
Objetivo:	Fortalecer la prevención, rehabilitación e integración social, con la participación de la población en general y las personas con discapacidad en su propia superación, promoviendo en la sociedad el respeto a la dignidad y su integración al desarrollo de su identidad.
Políticas de Operación:	1. Los usuarios acuden a solicitar el servicio 2. Se canalizan al área correspondiente 3. Se continua con el procedimiento
Tiempo de respuesta	30 minutos
requisitos	- CURP - Acta de nacimiento - INE vigente

Descripción del servicio URIS

Responsable	Descripción del procedimiento
Usuario	Acude a la unidad de rehabilitación y solicita la atención.
Médico Especialista	Recibe al usuario y realiza la revaloración
Usuario	Determinar si es candidato a ser atendido en la Unidad Básica de Rehabilitación
Administrativo o auxiliar de terapia física	Recibe pago y elabora recibo.
Usuario	Asigna consultorio y lo remite a la consulta.
Médico	Acude al consultorio asignado Continúa con consulta de primera vez No ingresa, se refiere al usuario a trabajo social o a recepción, lo cual se encargará de indicarle la institución que la brinde la atención requerida y entregará los datos al usuario.
Usuario	Pasa al consultorio asignado y entrega del recibo al médico.
Médico Especialista	Recibe al usuario.
	Requisita la hoja frontal del expediente (posteriormente se

	agregarán los diagnósticos).
	Elabora historia clínica completa y realiza exploración física.
	Establece diagnóstico, pronóstico de rehabilitación, así como tipo y grado de discapacidad.
	Explica al usuario el diagnóstico y plan de tratamiento.
	Anota en el expediente el tratamiento preinscrito (incluyendo indicaciones de terapia, especificar número de sesiones, cuantas veces por semana, etc.), así como, si requiere estudios de laboratorio o gabinete.
	Elabora receta médica en caso de que así se requiera y la entrega de usuario.
	Indica al usuario que, al término de las sesiones de terapia física, pida consulta subsecuente con él.
	Lo remite al área de terapias que se les asigne horario. Continúo tratamiento.
Usuario	Acude a la unidad y en recepción se paga el monto de la sesión de terapia.
Auxiliar de terapia o administrativo	Elabora recibo y/o se entrega al usuario.
Usuario	Acude al área de terapias de la unidad.
Terapeuta físico, ocupacional, de lenguaje o auxiliar de terapia	Recibe al usuario.
	Recoge el expediente del archivo o del consultorio medico.
	Decide si ingresa a tratamiento (Si/No), es dependiente de la afluencia de los usuarios y de los horarios disponibles.
	Si Asigna horario de atención.
	Explica al usuario o al familiar la técnica aplicada.
	De acuerdo a las indicaciones médicas, otorga tratamiento.
	Elabora programa en casa.
	Entrega programa en casa al usuario y/o familiar.

	Anota indicaciones médicas en el trabajo de terapias.
	Anota indicaciones médicas en el tarjetón de terapias.
	Al concluir el número de sesiones remite al usuario al área médica para otorgarle cita para consulta subsecuente y se le anoten en el carnet. Continúa con consulta subsecuente.
Terapeuta o auxiliar de terapia	No Proporciona cita para que acuda otro día y anota la fecha en el carnet.
Médico Especialista	Mediante la valoración determina que el usuario requiere de otro tipo de atención y tratamiento (especialidad de 2do o 3er nivel).
	Requisita formato de referencia de acuerdo a la impresión diagnóstica que obtenga del caso (realiza resumen de la historia clínica y el motivo de la referencia).
	Anota los datos de la referencia en el expediente para que se dé seguimiento al caso.
	Entrega formato de referencia al usuario explicando a donde deberá acudir.
	Lo remite a la recepción (y en caso de contar con trabajo social, esta área será el responsable de realizar el trámite de referencia del usuario).
Usuario	Recibe indicaciones para la institución de referencia y, entrega formato en la recepción.
Auxiliar de terapia física, trabajadora social y/o recepcionista	Recibe formato, lo anota en la libreta de referencia y entrega formato en la recepción. • Fecha, nombre del usuario, sexo, edad, diagnóstico, lugar de referencia, motivo de la referencia, nombre de quien lo refirió.
	Explica al usuario lugar y hora en que acudiría al lugar de referencia.
	Explica posterior a la consulta, lleva a la unidad básica de rehabilitación la hoja de contra referencia debidamente requerida por el médico que lo atendió, para anexar a su expediente.
	Entrega de hoja de referencia y datos de la institución al

	usuario.
Usuario	Recibe hoja y acude a la institución a donde se refirió. Continúa con consulta subsecuente.
	Acude a la cita subsecuente y paga el servicio en caja (solo en caso de que se cobre cuota de recuperación en la unidad).
Administrativo o auxiliar de terapia	Recibe carnet, verifica cita.
	Elabora y entrega recibo al usuario.
Usuario	Toma recibo correspondiente y acude a consultorio asignado.
Médico Especialista	Recibe al usuario, solicita recibo y otorgar consultas.
	Valora el estado actual del usuario y la evaluación del mismo.
	Redacta nota médica en el expediente.
	Decide si presenta mejoría o no.
	<u>Sí (con mejoría)</u> Da de alta al usuario Continúa con el alto del usuario
	No (sin mejoría) Preinscribe el tratamiento especificando las nuevas indicaciones y las sesiones de terapia, así como la continuidad de las mismas.
	Remite el usuario al área de terapias Continúa al tratamiento.
Usuario	Será candidato a ser dado de alta cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones.
	A) Rehabilitación Cuando el usuario haya concluido el programa de atención previamente trazado, de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico de rehabilitación.
Médico Especialista	Explica las indicaciones a seguir en su domicilio.

	Da alta y especifica el motivo en el expediente.
	Informa al usuario acerca de la vigencia del expediente, acudiendo el día solicitado, en caso de no asistir tendrá que volver agendar.
	Entrega del expediente al personal administrativo informando el alta
Administrativo	Recibe y archiva expediente Fin
Usuario	b) Deserción: Cuando no se tenga noticia del usuario en un lapso mínimo de 6 meses posteriores a la última cita programada a la que no acudió. Conecta con la actividad número 19.4 a el alta del usuario
	c) Referencia a otra institución: Cuando el usuario por alguna razón no continua su atención en la unidad básica de rehabilitación y es referido a otra institución. Continua con referencia y contra referencia
	d) Defunción Motivo obvio, fallecimiento del usuario Conecta a la actividad 19.4, alta del usuario.



Formatos de URIS



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
UR04 CALIMAYA

NOTA DE TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE¹:

No. DE EXPEDIENTE²:

EDAD³:

SEXO⁴:

FECHA Y HORA⁵

NOTAS

NUMERO DE NOTA⁶

Sesión No. _____ de _____

NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL TERAPEUTA⁷



FECHA INGRESO ¹ : _____ No. EXPEDIENTE ² _____ EDAD ³ : _____ SEXO ⁴ : _____	
NOMBRE ⁵ : _____	TELEFONO ⁶ : _____
TERAPEUTA ⁷ : _____	FECHA DE INICIO ⁸ : _____
DIAGNOSTICO ⁹ : _____	
INDICACIONES ¹⁰ : _____	



MES/DIA ¹¹	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	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD UR04 CALIMAYA NOTA DE TERAPIA DE LENGUAJE	NOMBRE ¹ :	
	No. DE EXPEDIENTE ² :	
	EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
FECHA Y HORA ⁵	NOTAS	
	NUMERO DE NOTA ⁶ Sesión No. _____ de _____	
	NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL TERAPEUTA⁷	



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "UR04 CALIMAYA" NOTA DE REHABILITACIÓN SUBSECUENTE		NOMBRE:	
		No. DE EXPEDIENTE:	
		EDAD:	SEXO:
FECHA Y HORA	NOTAS		
	NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MÉDICO		



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD UR04 CALIMAYA INFORME PSICOLOGICO	NOMBRE ¹ :	
	No. DE EXPEDIENTE ²	
	EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
	UNIDAD DE REHABILITACIÓN ⁵ :	
	ESTADO CIVIL ⁶ :	ESCOLARIDAD ⁷ :
	FECHA DE NACIMIENTO ⁸ :	
	FECHA DE INFORME ⁹ :	
MOTIVO DE ESTUDIO ¹⁰ :		
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ¹¹ :		
RESULTADOS OBTENIDOS:		
NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL PSICOLOGO¹³		





CALIMAYA 2025 • 2027



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "UR04 CALIMAYA" HOJA FRONTAL		NOMBRE y No. DE EXPEDIENTE ¹	
		EDAD ²	SEXO ³
		UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN ⁴	
FECHA DIA/MES/ANO ⁵	DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO ⁶	NOMBRE, FIRMA y No. DE CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE ⁷	





SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "UR04 CALIMAYA" HOJA DE PREVALORACIÓN	NOMBRE	
	EDAD	SEXO
	UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN	
ENVIADO POR:		OCUPACIÓN:
DOMICILIO:		
FECHA DIA/MES/AÑO	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
	SE SUGIERE VALORACIÓN POR ^o :	
	MEDICINA DE REHABILITACIÓN:	()
	COMUNICACIÓN HUMANA:	()
	ORTOPEDIA:	()
	PEDIATRÍA:	()
	NEUROLOGÍA:	()
	PSICOLOGÍA:	()

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

"UR04 CALIMAYA"

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE ¹ :	No. EXPEDIENTE ² :
EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN ⁵ :	FECHA ⁶ :
INTERROGATORIO ⁷ : DIRECTO () INDIRECTO ()	
Antecedentes Heredo – Familiares ⁸ :	
Antecedentes Personales NO Patológicos ⁹ :	
Antecedentes Personales Patológicos ¹⁰ :	
Padecimiento Actual ¹¹ :	
EXPLORACIÓN FÍSICA	
PESO ¹² :	TALLA ¹³ : F.C ¹⁴ : T.A ¹⁵ : / Temp ¹⁶ : F. R ¹⁷ :
MARCHA ¹⁸ :	
POSTURA ¹⁹ :	
CABEZA Y CUELLO ²⁰ :	



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD UR04 CALIMAYA HOJA DE ALTA	NOMBRE ¹	
	No. DE EXPEDIENTE ²	
	EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
	UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN ⁵	
	FECHA DE INGRESO ⁶	
DIAGNÓSTICO ⁷		
DEFICIENCIAS, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES ⁸		
EXAMENES DE LABORATORIO ⁹		
ESTUDIOS DE GABINETE ¹⁰		
MOTIVO DE ALTA ¹¹		
SERVICIOS OTORGADOS ¹²		
	FECHA DE ALTA ¹³ DÍA MES AÑO	NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MÉDICO ¹⁴

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD UR04 CALIMAYA ESTUDIO SOCIAL				
NOMBRE			No. DE EXPEDIENTE ²	
EDAD ³	SEXO ⁴	ESTADO CIVIL ⁵	FECHA DE ESTUDIO ⁶	
ESCOLARIDAD ⁷		OCUPACIÓN ⁸	TELÉFONO DEL TRABAJO ⁹	
DOMICILIO ¹⁰			TELÉFONO DOMICILIO ¹¹	
UBICACIÓN DE CALLES TRANSVERSALES ¹²			CALLES PARALELAS ¹³	
ENTIDAD FEDERATIVA ¹⁴ ESTADO DE MEXICO			CÓDIGO POSTAL ¹⁵	
SERVICIO ¹⁶			No. DE INGRESO ¹⁷	
MOTIVO DE ESTUDIO ¹⁸				
NOMBRE DEL ENTREVISTADO ¹			PARENTESCO O RELACIÓN	EDAD
ESTRUCTURA FAMILIAR²²				
NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA	PARENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN ESCOLARIDAD
MIEMBROS SEPARADOS				
OBSERVACIONES DE LA RELACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD / FAMILIARES				
DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA DISCAPACIDAD				
A QUÉ LO ATRIBUYE LA FAMILIA Y QUÉ IMPORTANCIA LE DA				
ESFUERZOS REALIZADOS POR LA FAMILIA PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA DE LA DISCAPACIDAD				
ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD				
REPERCUSIONES DE LA DISCAPACIDAD EN EL MEDIO FAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR				
DINÁMICA FAMILIAR				

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÉDULA DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO BENEFICIADA (CIPOB)

Cédula de Información del Beneficiario (CIPOB)					
Dependencia	12	Unidad Administrativa	NHK	Programa	S039
Lugar y Fecha de Elaboración	UR 04 CALIMAYA				

Datos del/la Responsable del llenado de la CIPOB (Solo en caso de que el beneficiario requiera ayuda)			
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Cargo
FABIOLA	VALDES	PIÑA	TRABAJADORA SOCIAL

Datos de la Persona Beneficiaria (Población Objetivo Beneficiada)					
Nombre(s)		Edad		Escolaridad	
Apellido Paterno		Sexo		Ocupación	
Apellido Materno		Lugar de Nacimiento		Teléfono	
RFC		Nacionalidad		Celular	
CURP		Estado Civil		Correo Electrónico	
Se autoadscribe como indígena?	SI	NO	Se autoadscribe como afroamericana?	SI	NO

Tipo de Limitación en la Actividad de la Persona Beneficiaria (marque con una X)						
Caminar o Moverse	Ver	Mental	Escuchar	Hablar o Comunicarse	Atención o Aprendizaje	Auto cuidado
Otra, especifique						
Domicilio de la Persona Beneficiaria						
Tipo de Vialidad (Av., Calle, Privada, Cerrada, etc.)	Nombre de vialidad		No. Ext.	No. Int.	Tipo del Asentamiento Humano (Col., Barrio, Pueblo, Ejido, etc.)	Nombre del Asentamiento Humano
Nombre de la Localidad		Municipio o Demarcación Territorial			Entidad Federativa	Código Postal
		CALIMAYA			ESTADO DE MEXICO	
Entre vialidades; tipo y nombre				Descripción de Ubicación		

Cuestionario (marque con una X)											
Nombre (a)		Apellido Paterno			Apellido Materno						
Parentesco con la Persona Beneficiaria (marque con una X)											
Padre		Madre		Tutor		Hermano (a)		Abuelo (a)		Tío (a)	
Otro, especifique											
De los Integrantes del Hogar de la Persona Beneficiaria											
¿Cuántas personas viven normalmente en su vivienda?				¿Cuántas personas de su familia viven normalmente en su vivienda?				¿Cuál es el monto aproximado del Ingreso Mensual de la Familia?			
Trabajo, Servicio Médico, Deporte y Otros (marque con una X)											
¿Usted o algún miembro de su familia cuenta con algún apoyo del gobierno?	1	Despensa DIF		¿Tiene usted derecho a recibir servicios médicos?	1	IMSS		¿Practica usted algún deporte?			
	2	Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad			2	ISSSTE			SI	NO	
	3	Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras			3	ISSSTE Estatal			En caso afirmativo especifique ¿Cuál?		
	4	LICONSA			4	PEMEX, SEDENA o SEMAR					
	5	Guardería o Estancias Infantiles (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Bienestar, DIF, etc.)			5	INSABI			¿Pertenece a alguna organización de la Sociedad Civil?		
	6	Apoyos Adultos Mayores (Gobierno Federal, Estatal o Municipal)			6	Seguro privado			SI	NO	
	7	Madres Solteras (Gobierno Federal, Estatal o Municipal)			7	NO tiene derecho a servicios médicos			En caso afirmativo especifique ¿Cuál?		
	8	Otro, especifique:			8	Otra institución, especifique:					

Las siguientes preguntas tienen como objetivo contar con una retroalimentación del Programa.

Es importante resaltar que el apoyo es otorgado por el Gobierno Federal (SNDIF), a través de una instancia ejecutora (SEDIF o SMDIF), por lo que se le solicita responder de forma precisa y objetiva.

¿Qué tipo de apoyo fue otorgado a través del programa?	REHABILITACION				
¿Cómo este tipo de apoyo contribuyó a solucionar su problema?	MEJORO MI CALIDAD DE VIDA				
¿En qué porcentaje el apoyo otorgado ha contribuido a solucionar el problema?	20%	40%	60%	80%	100%
¿Considera que el apoyo otorgado mejoró su calidad de vida?	SI			NO	
¿Considera que este tipo de apoyos mejoran el desarrollo social del municipio, estado o país?	SI			NO	
¿Considera que este tipo de apoyos deben continuar?	SI			NO	
¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a sus necesidades?	SI			NO	
Si requiriera este tipo de apoyos en materia de atención a personas con discapacidad ¿volvería a solicitarlo?	SI	NO	¿Por qué?		
Observaciones y Comentarios					

T.S. FABIOLA VALDES PIÑA
13307849

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SISTEMA
MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

_____, México a ____ de _____ de 20__

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto **DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio necesario, toda vez que el Médico responsable me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y de tratamiento rehabilitatorio, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

Me comprometo a **RESPETAR** las citas que me otorgue el Centro o Unidad de Rehabilitación presentarme con el **Carnet** vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen.

Asimismo, tengo el derecho de acudir con mi médico responsable en este Centro o Unidad para que aclare mis dudas, en el consultorio y horario correspondiente

PACIENTE

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Sexo: _____ No. de Expediente: _____

Colonia CP Teléfono

MÉDICO

Nombre del Médico Responsable: _____

Cargo Cédula Profesional

TESTIGO

Firma de Testigo

Firma del Paciente

Firma del Médico



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL
ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD
UR04 CALIMAYA

NOTA DE TERAPIA FÍSICA

NOMBRE¹:

No. DE EXPEDIENTE²:

EDAD³:

SEXO⁴:

FECHA Y HORA⁵

NOTAS

NUMERO DE NOTA⁶

Sesión No. _____ de _____

NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL TERAPEUTA⁷

Coordinación de Servicios Médicos

Nombre del servicio: **Medicina General**

Objetivo: Prevenir y conocer los diferentes padecimientos que aquejan a la población en general.

Políticas de Operación:

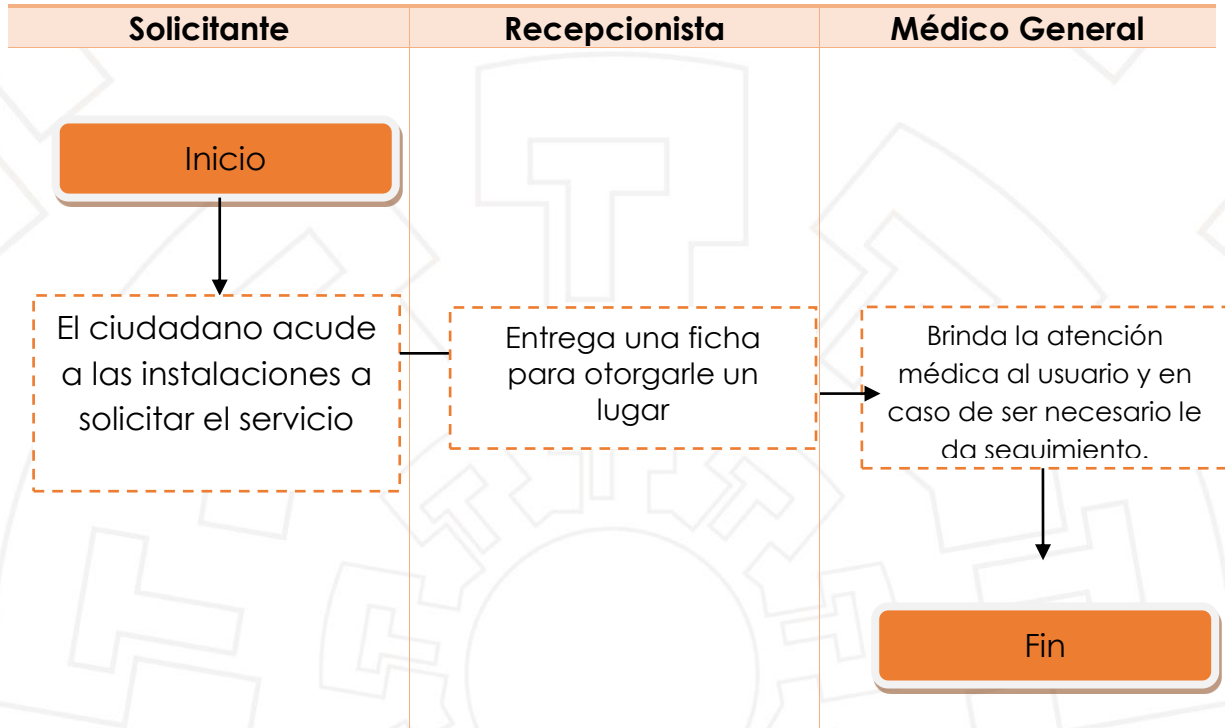
1. Atención y orientación.
2. Canalización y seguimiento.
3. El tiempo de atención es de 9:00 am a 15:30 hrs

Tiempo de respuesta Una hora

Descripción del servicio del Médico General

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Médico General	Brinda la atención médica al usuario y en caso de ser necesario se le da seguimiento. Fin del Procedimiento	

Diagrama de flujo Médico General



Formatos del Médico General

Certificado Médico.

A Quien Corresponda:

CERTIFICA

Al C.: _____

Que se encuentra a su exploración física clínicamente: _____

Edad: _____ Peso _____ Kg Talla: _____ cm IMC: _____

Presión Arterial _____ mmHg Frecuencia Cardíaca _____

Frecuencia Respiratoria _____

Agudeza Visual: _____

Agudeza Auditiva: _____

Alergias: _____

Defectos Posturales _____

Caries: _____

Grupo Sanguíneo _____

Se extiende el presente certificado en el municipio de Calimaya, Estado de México a los _____ días del mes de _____ del 2025

Certificado Médico de Discapacidad.

A Quien Corresponda:

CERTIFICA

Al C.: _____

Que se encuentra a su exploración física clínicamente: _____

Edad _____ Peso _____ Kg Talla _____ cm

Presión arterial _____ mmhg Frecuencia Cardiaca _____

Frecuencia respiratoria _____

TIPO DE DISCAPACIDAD _____

GRADO DE DISCAPACIDAD _____

CAUSA DE DISCAPACIDAD _____

DIAGNOSTICO _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Se extiende el presente certificado en el municipio de Calimaya, Estado de México a los _____ días del mes de _____ del 2025

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE _____ FECHA _____

EDAD _____ AÑOS SEXO _____ PESO _____ KG TALLA _____ M TEMP _____ °C

TA _____ FC _____ X' FR _____ X' _____ OXIGENACIÓN _____

IMC _____ SE ENCUENTRA CLINICAMENTE _____

MOTIVO DE LA CONSULTA _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

ENFERMEDADES QUE HA PRESENTADO DESDE EL NACIMIENTO _____

CARDIOVASCULARES _____

PULMONARES _____

DIGESTIVOS _____

RENALES _____

OSTEOARTICULARES _____

QUIRÚRGICOS _____

TRANSFUNCIONALES _____

NEUROLÓGICOS _____

OTROS _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL _____

ALCOHOLISMO _____ ESCOLARIDAD _____

TABAQUISMO _____ DROGAS _____

INMUNIZACIONES _____ OTROS _____

ANTECEDENTES HEREDOTERAPIA FAMILIARES

PATERNOS

ENFERMEDADES QUE PADECE

DIABETES _____ HIPERTENSIÓN _____ CARDIOPATÍAS _____ CONVULSIONES _____

NEOPLASIAS _____ OBESIDAD _____ ALERGIAS _____
REUMATOLOGICAS _____

CIRUGIAS _____ OTRAS _____

MATERNOS

VIVO _____

ENFERMEDADES QUE PADECE

DIABETES _____ HIPERTENSIÓN _____ CARDIOPATÍAS _____
_____ CONVULSIONES _____

NEOPLASIAS _____ OBESIDAD _____ ALERGIAS _____
REUMATOLOGICAS _____

CIRUGIAS _____ OTRAS _____

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXPLORACION FISICA:

DIAGNOSTICO:

PLAN:

RESUMEN MÉDICO

A quien corresponda:

Fecha _____

Nombre _____

Edad _____ años Peso _____ kg Talla _____ cm

Presion arterial _____ FC _____

FR _____

Municipio _____ Escolaridad _____ Sexo _____

Resumen medico

Diagnostico:

Plan: _____

FIRMA

Nombre del servicio: **Odontología**

Objetivo: Prevenir y conocer los diferentes padecimientos que aquejan a la población en general.

Políticas de Operación:

1. Atención y orientación.
2. Canalización y seguimiento.
3. El tiempo de atención es de 9:00 am a 15:30 hrs.

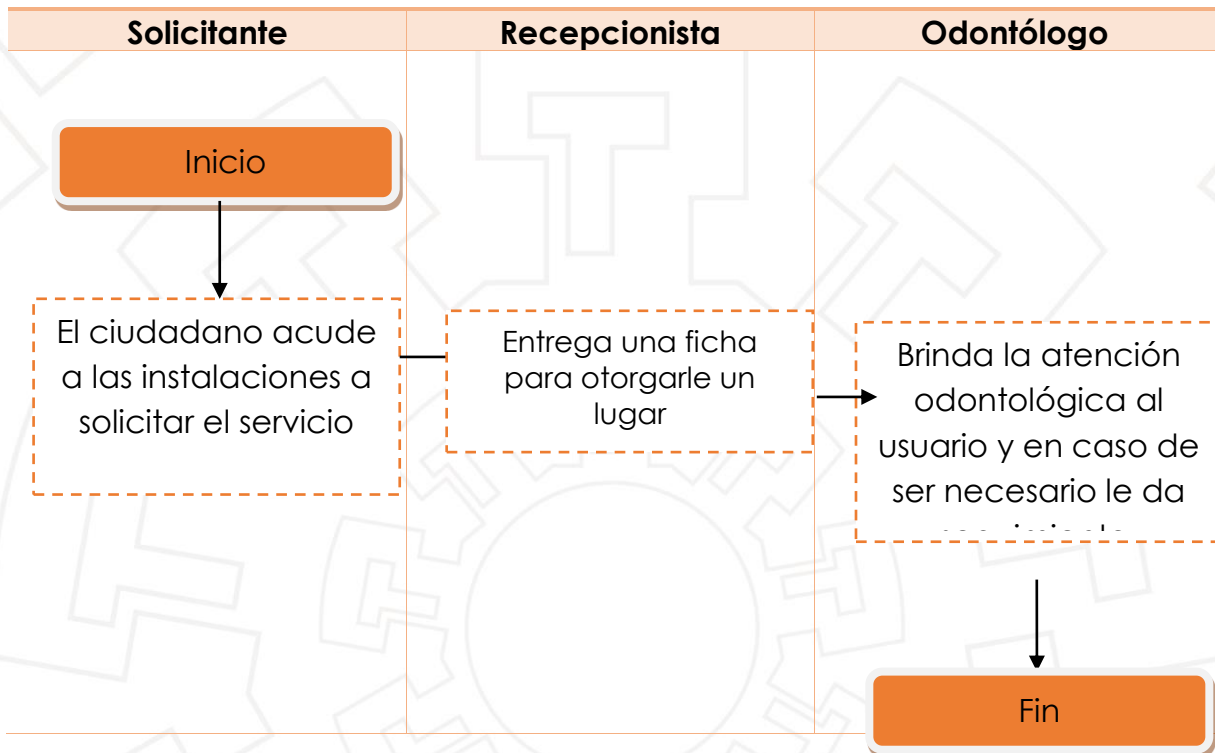
Tiempo de respuesta 30 minutos

Odontología

Descripción del servicio de Odontologia

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Odontólogo	Brinda la atención odontológica al usuario y en caso de ser necesario le da seguimiento. Fin del Procedimiento	

Diagrama de flujo Odontología



Formatos de Odontología



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



**Sistema para el Desarrollo Integral de
la Familia del Estado de México**
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar
Subdirección de Prevención de Riesgos

ÁREA DE ODONTOLOGÍA HISTORIA CLÍNICA

Nombre de la/el paciente _____ Tipo de sangre _____

Sexo _____ Edad _____ Año escolar _____ Grupo _____ Domicilio _____

Embarazada _____

Unidad aplicativa _____ Adulto _____

Fecha de primera atención al servicio _____ Nombre de la escuela _____

1.- ¿Qué enfermedad padece actualmente? _____

2.- Cuando acudió a la consulta médica, ¿le diagnosticaron alguna enfermedad? Sí ☐ No ☐ Enfermedades del corazón Sí ☐ No ☐

Diabetes Sí ☐ No ☐ Tuberculosis Sí ☐ No ☐ Fiebre reumática Sí ☐ No ☐ Amigdalitis Sí ☐ No ☐

Anemia Sí ☐ No ☐ Hepatitis Sí ☐ No ☐ Enf. Virales Sí ☐ No ☐ Asma Sí ☐ No ☐

3.- ¿Es usted alérgico a la penicilina? Sí ☐ No ☐ Otro medicamento Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles? _____

4.- ¿Lo han anestesiado anteriormente? Sí ☐ No ☐ 5.- ¿Ha tenido problemas cuando se la aplicaron? Sí ☐ No ☐

¿Presentó sangrado? Sí ☐ No ☐ 6.- ¿Qué le sucedió? _____

7.- ¿Usa medicamentos anticoagulantes? Sí ☐ No ☐ Tranquilizantes Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles? _____

8.- ¿Algún familiar es diabético? Sí ☐ No ☐ Parentesco _____ 9.- ¿Hipertensión arterial? Sí ☐ No ☐

EXPLORACIÓN: FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS

Cara N ☐ A ☐ Cuello N ☐ A ☐ Articulación TMN ☐ A ☐ Labios N ☐ A ☐

Cabellos N ☐ A ☐ Paladar duro N ☐ A ☐ Paladar blando N ☐ A ☐ Lengua N ☐ A ☐

Piso de boca N ☐ A ☐ Glándulas salivales N ☐ A ☐ Amígdalas N ☐ A ☐ Otras anomalías N ☐ A ☐

EXAMEN: PARODONTAL

PDB N ☐ A ☐

Materia alba N ☐ A ☐

Sarro supragingival N ☐ A ☐

Sarro infragingival N ☐ A ☐

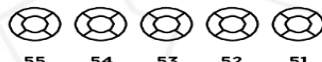
Gingivitis N ☐ A ☐

Movilidad dentaria N ☐ A ☐

Bolsa parodontal N ☐ A ☐

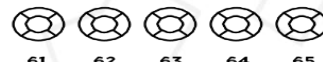
Abceso parodontal N ☐ A ☐

Reabsorción ósea N ☐ A ☐



PERMANENTES

Cariados _____
Perdidos _____
Obturados _____



TEMPORALES

Cariados _____
Perdidos _____
Obturados _____

Cita	Hora	Labor ejecutada	Nombre de la/el C.D.	Firma

OBSERVACIONES



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar
Subdirección de Prevención de Riesgos

FORMATO DE REFERENCIA

Fecha de referencia: (1) _____

Nombre de la/el paciente: (2) _____

Dirección y teléfono: (3) _____

Género: (4) M ☐ F ☐ Edad: (5) _____

Unidad a la que se refiere: (6) _____

Urgencia: (7) SI ☐ NO ☐ Servicio al que se refiere: (8) _____

RESUMEN CLÍNICO (9)

Diagnóstico de referencia: (10) _____

Motivo de referencia: (11) _____

Tratamiento inicial: (12) _____

PACIENTE (MADRE, PADRE O TUTOR) _____

MÉDICO (A) _____

Trabajo Social

Nombre del Procedimiento:

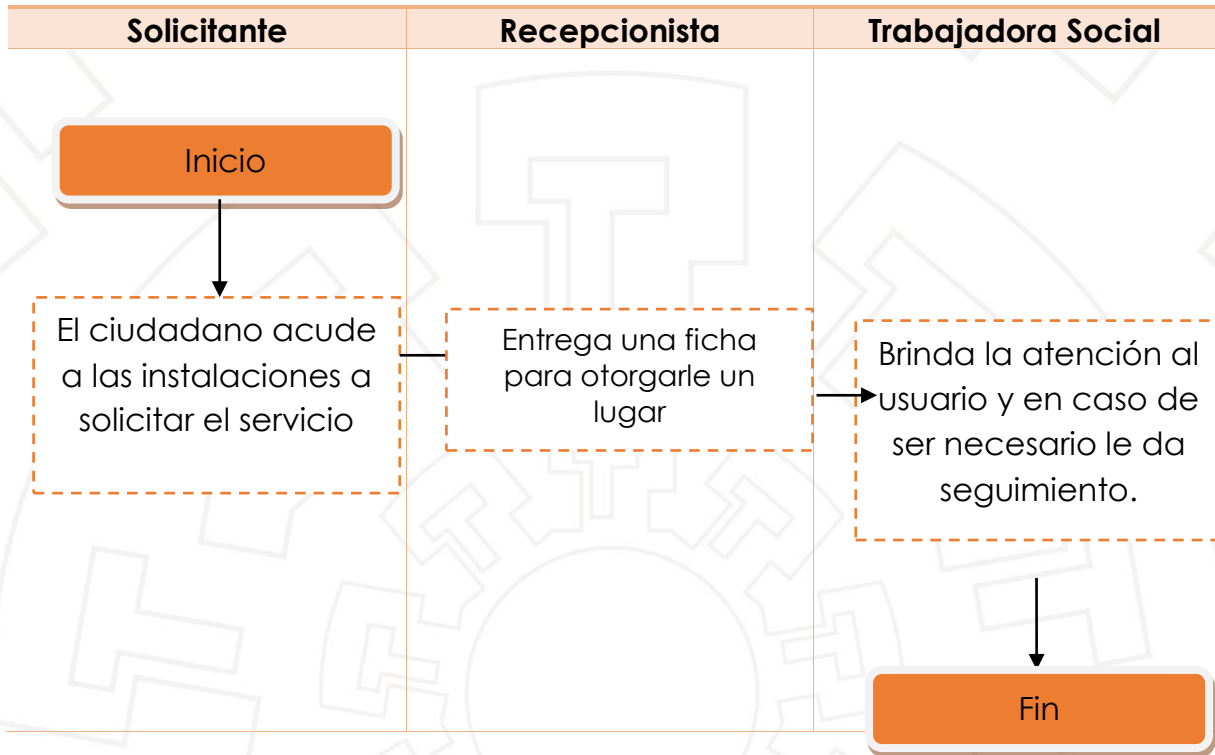
Trabajo social

Objetivo:	Conocer los diferentes padecimientos que aquejan a la población en general.
Políticas de Operación:	1. Atención y orientación. 2. Canalización y seguimiento. 3. El tiempo de atención es de 9:00 am a 15:30 hrs.
Tiempo de respuesta	30 minutos

Descripción del Procedimiento de Trabajo social

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Trabajadora Social	Brinda la atención al usuario y en su caso le da seguimiento. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Trabajo social



Pediatría

Nombre del Procedimiento:

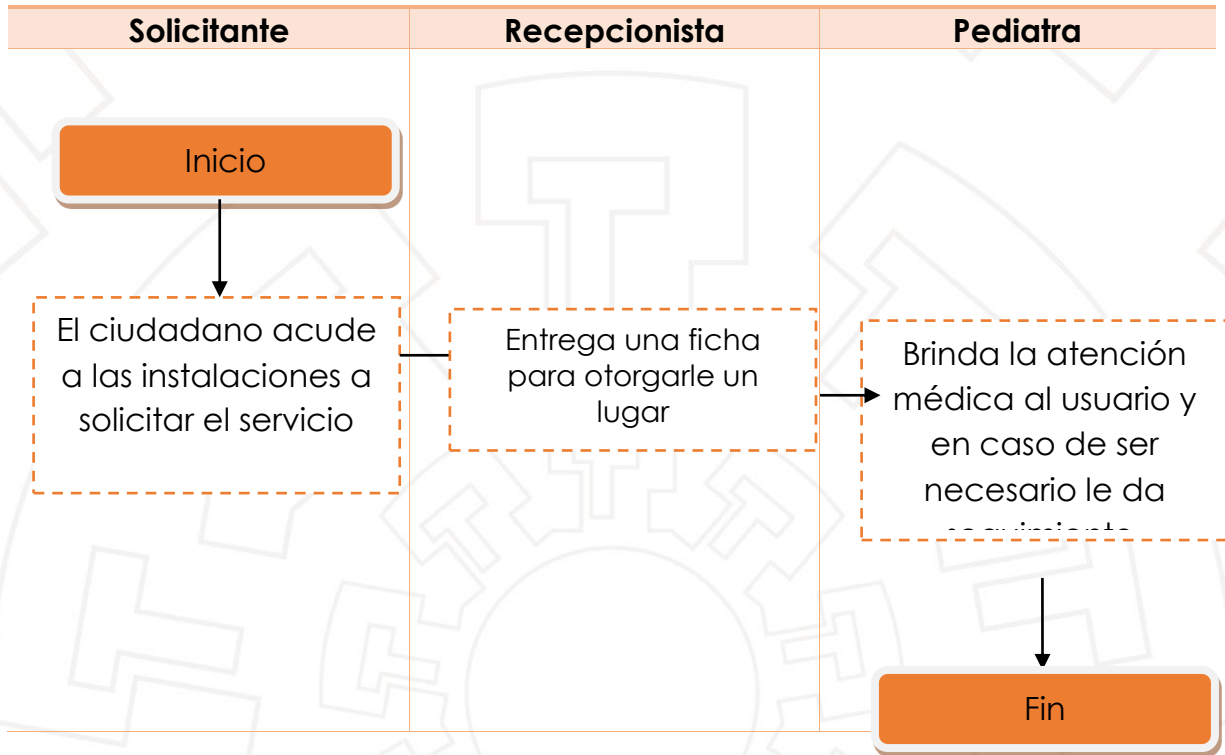
Pediatría

Objetivo:	Brindar atención pediátrica con eficiencia y mantener la salud de la población infantil.
Políticas de Operación:	1. Atención y orientación. 2. Canalización y seguimiento. 3. El tiempo de atención son los días martes y jueves de 9:00 am a 14:00 hrs.
Tiempo de respuesta	30 minutos

Descripción del Procedimiento de Pediatría

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Pediatra	Brinda la atención médica al usuario y en su caso le da seguimiento. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Pediatría



Nutrición

Nombre del Procedimiento:

Nutrición

Objetivo: Brindar atención con eficiencia y mantener la salud de la población en general.

Políticas de Operación:

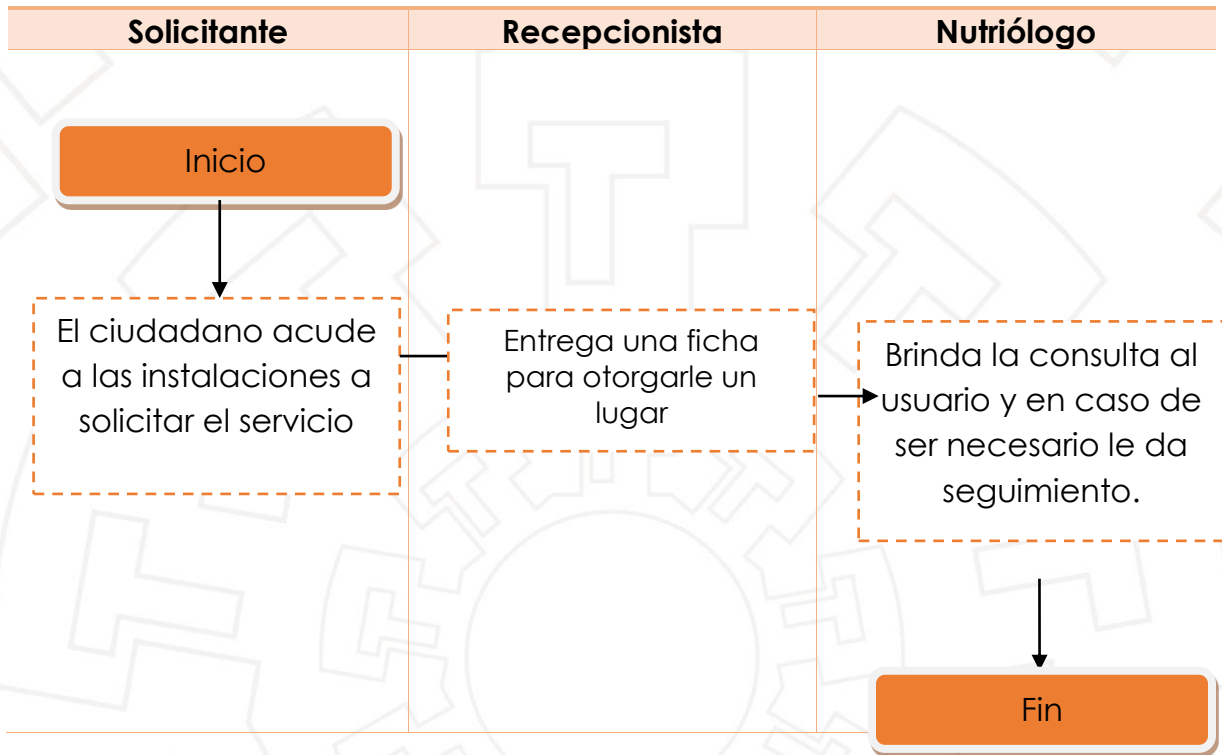
1. Atención y orientación.
2. Canalización y seguimiento.
3. El tiempo de atención es de 9:00 am a 14:00 hrs.

Tiempo de respuesta 30 minutos

Descripción del Procedimiento de Nutrición

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población general en	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Nutriólogo	Brinda la atención al usuario y en su caso le da seguimiento.	N/A
		Fin del Procedimiento	

Diagrama de flujo Nutrición



DATOS GENERALES					FECHA	
NOMBRE DEL PACIENTE						
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD				
ESCOLARIDAD		GÉNERO	M	F		
TELEFONO		RELIGIÓN				
DOMICILIO						
OCUPACIÓN		ESTADO CIVIL				
MOTIVO DE CONSULTA						
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES						
DIABETES		FAMILIAR				
CANCER		FAMILIAR				
CARDIOPATIAS		FAMILIAR				
HIPERTENSIÓN NATURAL		FAMILIAR				
OTROS		FAMILIAR				
ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS						
TABAQUISMO		FRECUENCIA		AÑOS DE CONSUMO		
ALCOHOL		FRECUENCIA		AÑOS DE CONSUMO		
DROGAS		FRECUENCIA		AÑOS DE CONSUMO		
ALERGIAS		¿CUÁL?		VIVIENDA CON SERVICIOS BÁSICOS		
GINECO OBSTETRICOS						
NO. GESTACIONES		PARTOS		CESÁREAS		ABORTOS
						FUM
ANTICONCEPTIVOS ORALES				OTROS		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS						
DIABETES		HEPATOPATÍAS		DIALISIS		
CANCER		E. GASTROINTESTINALES		QUIMIOTERAPIA		
HIPERTENSIÓN ART.		E. TIROIDEAS		RADIOTERAPIA		
CIRUGÍA		¿CUÁL?				
FARMACOS		¿CUÁL?				

Formatos de Nutrición



FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS				
GRUPOS DE ALIMENTOS	RACIONES			
	NUNCA	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL
VERDURAS				
FRUTAS				
CEREALES				
LEGUMINOSAS				
CARNES				
HUEVO				
LÁCTEOS				
QUESOS				
GRASAS				
AZÚCAR				
AGUA NATURAL				
BEBIDAS AZUCARADAS				

DISTRIBUCIÓN			
NUTRIMIENTO	kcal	G	%
HCO			
LÍPIDOS			
PROTEÍNAS			
TOTAL			

Acupuntura

Nombre del

Procedimiento:

Acupuntura

Objetivo:

Brindar atención con eficiencia y mantener la salud de la población en general.

Políticas de Operación:

1. Atención y orientación.
2. Canalización y seguimiento.
3. El tiempo de atención es de 9:00 am a 14:00 hrs.

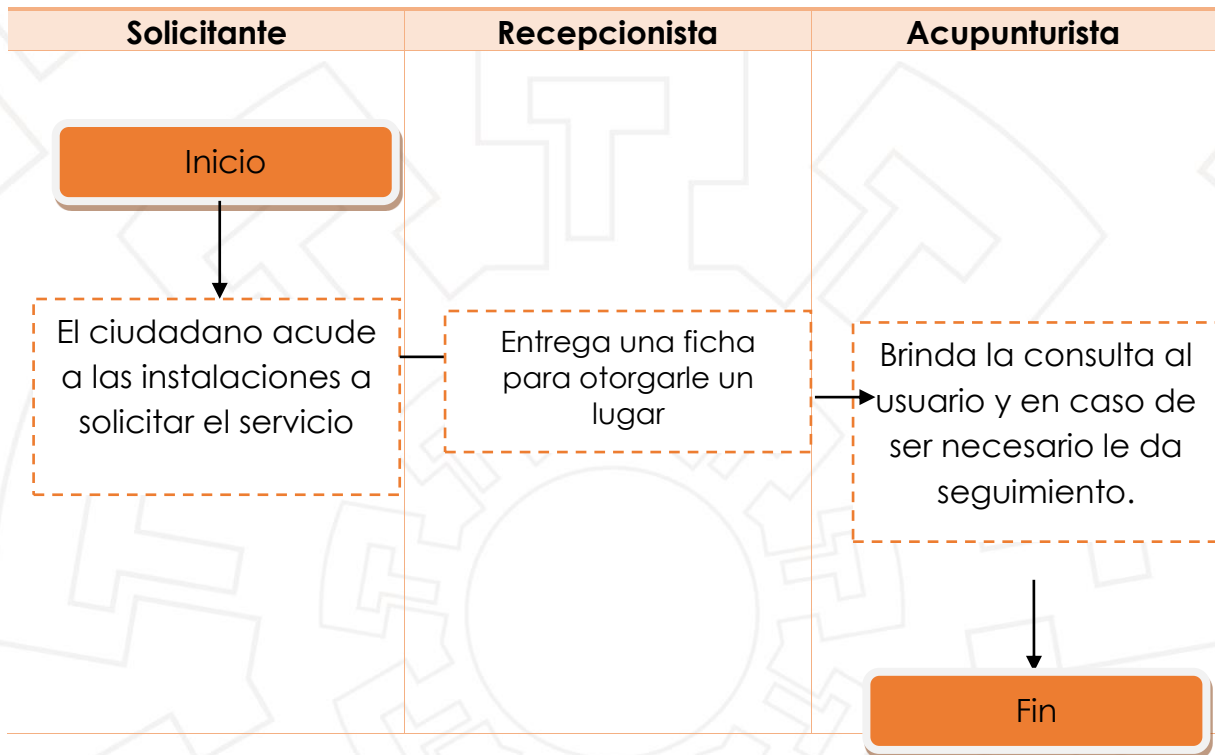
Tiempo de respuesta

30 minutos

Descripción del Procedimiento de Acupuntura.

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Acupunturista	Brinda la atención al usuario y en su caso le da seguimiento. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Acupuntura



Formatos de Acupuntura

HISTORIA CLÍNICA ACUPUNTURA

NOMBRE												FECHA			
TIPO DE INTERROGATORIO												DIRECTO	INDIRECTO	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN												EDAD		GÉNERO	
OCUPACIÓN												ESCOLARIDAD		M	F
TELÉFONO												RELIGIÓN			
FAMILIAR RESPONSABLE												PARENTESCO			
VIVIENDA															
ALIMENTACIÓN	CANTIDAD			CALIDAD			HORARIOS								
	ESCASA	SUFICIENTE	EXCESO	BUENA	REGULAR	MALA	DESAYUNO								
							COMIDA								
							CENA								
							# COLACIONES								
ACTIVIDAD FÍSICA	CUAL		TIEMPO DE DURACIÓN				#VECES A LA SEMANA								
HIGIENE	BAÑO		CAMBIO DE ROPA				LAVADO DE DIENTES								
	SI	NO	SI	NO			SI	NO							
	# VECES AL DIA		# VECES AL DIA				# VECES AL DIA								
CALIDAD DEL SUEÑO	HORARIO	DIF PARA CONCILIAR		DESPERTAS		PESADILLAS		RONQUIDO		CALIDAD		SOMNOLENCIA DIURNA		MEDICAMENTOS	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	B	M	SI	NO		
DIAGNOSTICO (S) ACTIVO															
MEDICACIÓN															
MEDICAMENTO												FEC HA DE INICIO	DOSIS DIARIA	SUSPENDIDO	

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

			ESPECIFICAR				ESPECIFICAR
DIABETES MELITUS	SI	NO		CARDÍACOS	SI	NO	
HIPERTENSIÓN	SI	NO		RESPIRATORIOS	SI	NO	
CÁNCER	SI	NO		RENALES	SI	NO	
ARTRITIS	SI	NO		CONGÉNITOS	SI	NO	
OTROS							

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

MARCHA		MANEJO DE SILLA DE RUEDAS	
ASISTIDA	NO ASISTIDA	SI	NO
FASES DE LA MARCHA			
FASE DE SOPORTE		FASE DE BALANCEO	
• CONTACTO INICIAL () • RESPUESTA DE CARGA () • SOPORTE MEDIO () • PREBALANCEO ()		• BALANCEO INICIAL () • BALANCEO MEDIO () • BALANCEO TERMINAL ()	
		REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	IZQUIERDO
		DERECHO	
		BICIPITAL	(+) (-)
		(+) (-)	
		TRICIPITAL	(+) (-)
		(+) (-)	
		PATELAR	(+) (-)
		(+) (-)	
		AQUILEO	(+) (-)
		(+) (-)	

EXPLORACIÓN MEDICINA TRADICIONAL CHINA

ESPIRITU	TIENE ESPIRITU		NO TIENE ESPIRITU		ESPIRITU FALSO	
COLORES DE LA CARA	NORMAL		HUÉSPED		PATOLÓGICO	
	HÍGADO ()		HÍGADO ()		HÍGADO ()	
	CORAZÓN ()		CORAZÓN ()		CORAZÓN ()	
	BAZO ()		BAZO ()		BAZO ()	
	PULMÓN ()		PULMÓN ()		PULMÓN ()	
	RIÑÓN ()		RIÑÓN ()		RIÑÓN ()	
CONSTITUCIÓN FÍSICA	DELGADO		DELGADO		OBESO	

	DÉBIL		FUERTE		DÉBIL		FUERTE
MOVIMIENTO DE CABEZA							
CABELLO							
BOCA Y LABIOS							
SECRECIONES Y EXCRECIONES	FLEMA		ORINA		EXCREMENTO		
PULSO	IZQUIERDO			DERECHO			
	SUP			SUP			
	MED			MED			
	PROFUNDO			PROFUNDO			
	CÚN	GUAN	CHÍ		CÚN	GUAN	CHÍ
LENTO	RÁPIDO	GRANDE	DIMINUTO	FINO	DISPERSANTE		
DÉBIL	EXCESO	RESBALOSO	RASPOSO	LARGO	CORTO		
CORDALIS	HUECO	APRETADO	MODERADO	TIMPÁNICO	SÓLIDO		
INSUFICIENTE	INMERSO	ESCONDIDO	MÓVIL	URGENTE	NUDOSOS		
INTERMITENTE	ACELERADO						
LENGUA	COLOR	PÁLIDA	ROJA	ESCARLATA	VIOLACEA		
	FORMA	DELGADA	GORDA	VIEJA	EDEMATOSA		
		CUARTEADA	ESPEJO	ULCERADA	HONGO		

	ESTADO	DESVIADA	CORTA	VOMITADA	
	MOVIMIENTO	DURA	TEMBLOROSA		
SABURA	COLOR	BLANCA	GRIS	NEGRA	AMARILLA
	CUERPO	DELGADA	SECA	QUESO	GRUESA

ESTUDIOS CLÍNICOS Y/O GABINETE

DIAGNÓSTICOS	
OCCIDENTAL	MTCh
META TERAPÉUTICA	
PLAN DE TRATAMIENTO	

Ofthalmología

Nombre del

Procedimiento:

Ofthalmología

Objetivo:

Brindar atención con eficiencia y mantener la salud de la población en general.

Políticas de Operación:

1. Atención y orientación.
2. Canalización y seguimiento.
3. El tiempo de atención es miércoles de 9:00 am a 14:00 hrs.

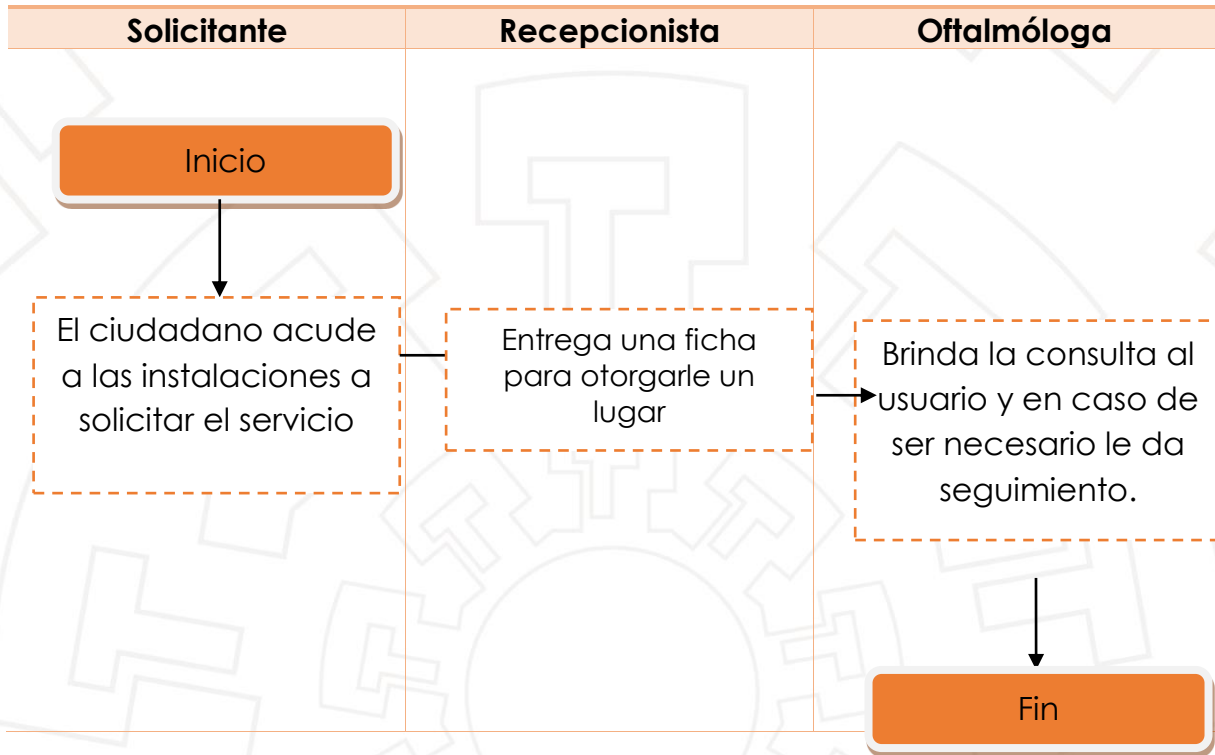
Tiempo de respuesta

30 minutos

Descripción del Procedimiento de Ofthalmología.

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Ofthalmóloga	Brinda la atención al usuario y en su caso le da seguimiento. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Oftalmología



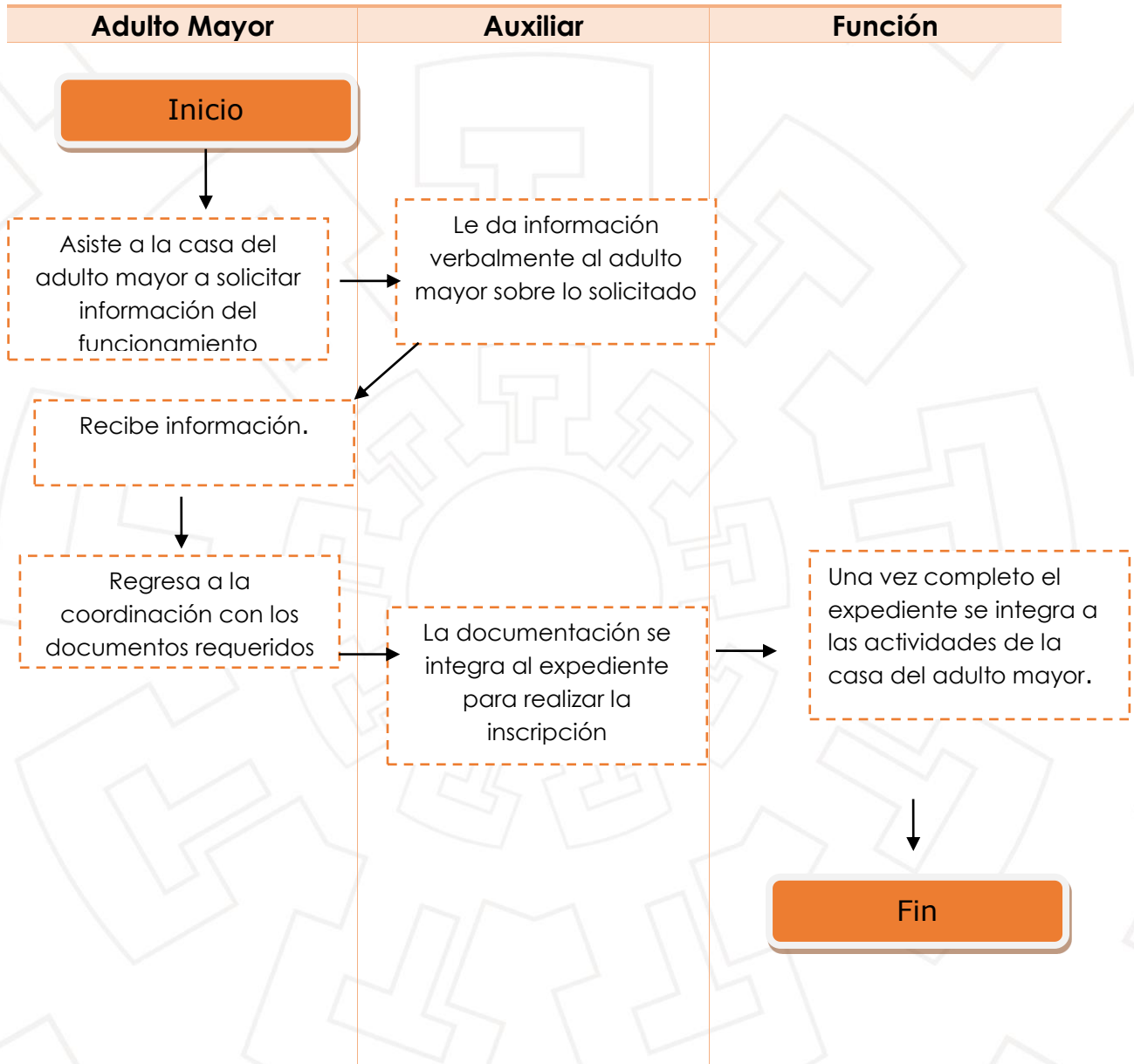
Coordinación de Atención a Adultos Mayores

Nombre del Procedimiento:	Atención a Adultos Mayores
Objetivo:	Ofrecer servicios asistenciales a los adultos mayores mediante acciones que favorezcan su desarrollo, autoestima y reconocimiento de la familia y la sociedad.
Políticas de Operación:	1. Presentarse a solicitar el servicio. 2. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 hrs. 3. El servicio está dirigido a adultos mayores de 60 años del municipio. 4. Presentar los requisitos solicitados.
Tiempo de Procedimiento de Gestión	30 minutos.

Descripción del Procedimiento de Integración de Adultos Mayores

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Adulto mayor	Inicio Asiste a la casa de día a solicitar información del funcionamiento	N/A
2	Auxiliar CAAM	Le da información verbalmente al adulto mayor sobre los requisitos que necesita	N/A
3	Adulto mayor	Recibe información	N/A
4	Adulto Mayor	Regresa a la coordinación CAAM con los documentos requeridos • Copia de la CURP • Copia del INE • 2 fotografías tamaño infantil	N/A
5	Auxiliar CAAM	Integra el expediente con los documentos que entregó el adulto mayor	N/A
6	Adulto mayor	Una vez completo el expediente se integra a las actividades de la casa del adulto mayor.	N/A Fin

Diagrama de flujo



Coordinación de Alimentación y Nutrición Familiar Apoyos Productivos Comunitarios. Edoméc.

Nombre del Procedimiento: Integración a apoyos productivos.

Objetivo: Fomentar entre la población calimayense de escasos recursos, el cultivo de alimentos y la cría de animales para autoconsumo, que permitan apoyar la economía y el estado de nutrición de los integrantes de las familias.

Políticas de Operación:

1. Presentarse a solicitar el servicio.
2. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas.
3. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.

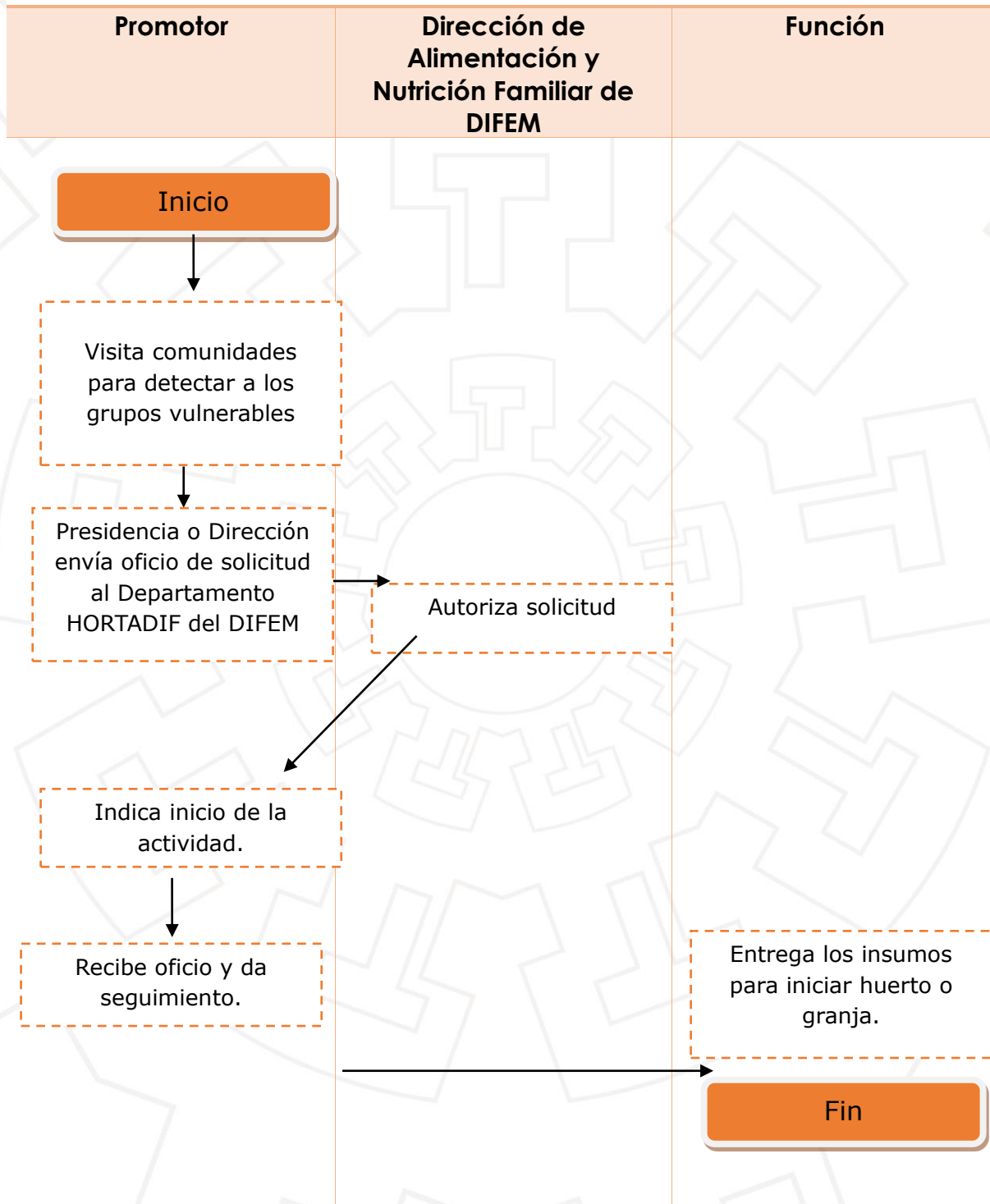
Tiempo de respuesta: 30 minutos.

Requisitos: - INE

Descripción del Procedimiento

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Promotor	Inicio Visita comunidades para detectar a los grupos vulnerables	N/A
2	Promotor	Envía oficio de solicitud al Departamento HORTADIF del DIFEM.	N/A
3	Dirección de Alimentación y Nutrición de DIF	Autoriza solicitud.	N/A
4	Promotor	Indica inicio de la actividad.	N/A
5	Promotor del programa HORTADIF	Recibe oficio y da seguimiento.	N/A
6	Promotor del programa HORTADIF	Entrega los insumos para iniciar huerto o granja. Fin de Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Alimentación y Nutrición



Edom x. Nutrición Escolar (Modalidad Def Y Rv)

Nombre del Procedimiento:

Entrega de Desayunos Fríos y Raciones Vespertinas.

Objetivo:

Contribuir a la seguridad alimentaria de las niñas, niños y adolescentes detectados con malnutrición o en riesgo de padecerla que asistan a planteles públicos de educación básica que se ubiquen prioritariamente en localidades de alta marginación del municipio, a través de raciones alimentarias calientes.

Políticas de Operación:

1. Pertenecer al padrón de beneficiados emitido por DIFEM.

Tiempo de respuesta:

30 minutos.

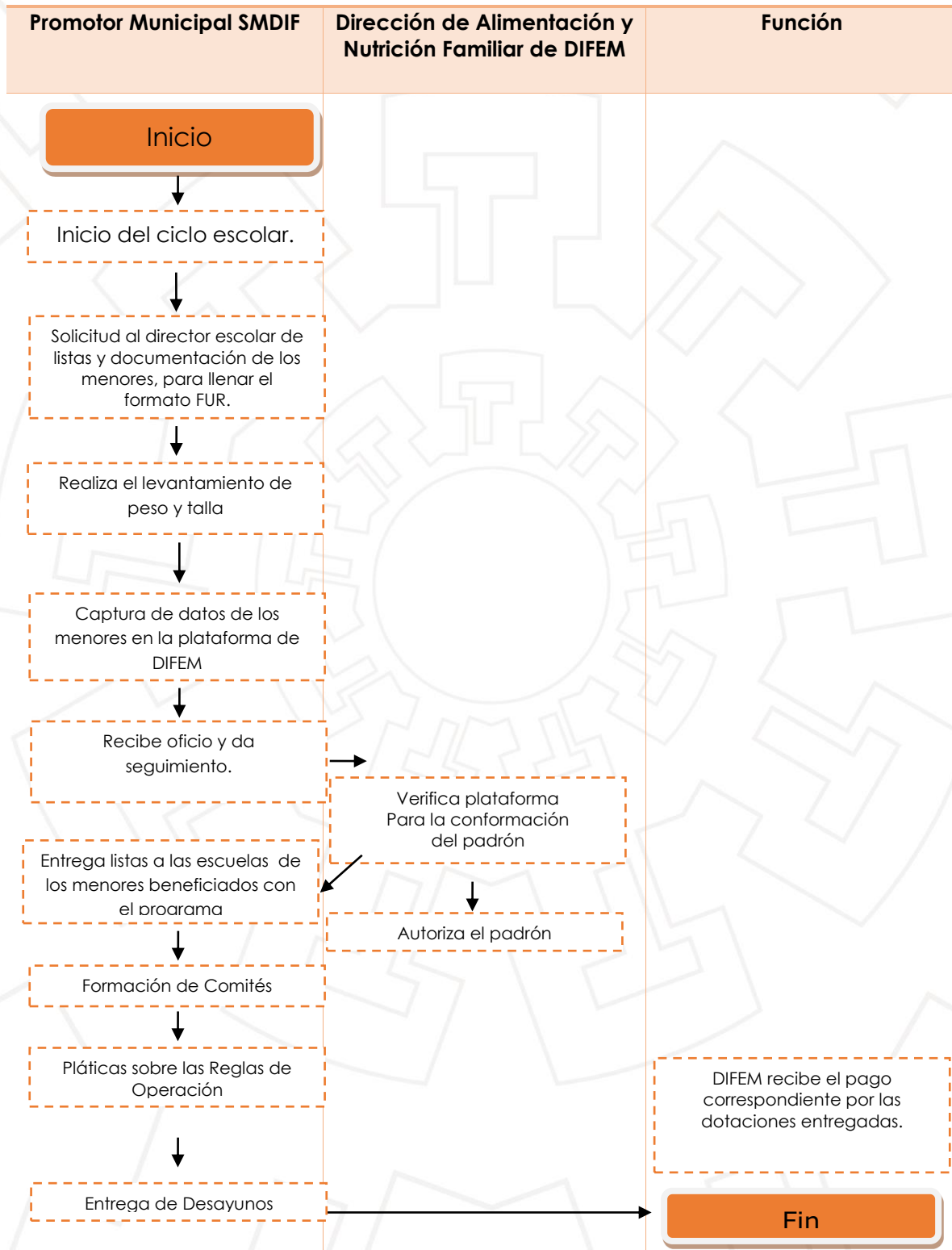
Descripción del Procedimiento

1	Plantel Escolar	Inicio Inicio del ciclo escolar	N/A
2	Promotor municipal	Solicitud al director escolar de listas y documentación de los menores, para llenar el formato FUR.	FUR
3	Promotor municipal	Realiza el levantamiento de peso y talla	N/A
4	Promotor municipal	Captura de datos de los menores en la plataforma de DIFEM	N/A
5	Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar	Verifica plataforma para la conformación del padrón	N/A



	de DIFEM		
6	Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar de DIFEM	Autoriza el padrón	N/A
7	Promotor Municipal	Entrega listas a las escuelas de los menores beneficiados con el programa	N/A
8	Promotor Municipal	Formación de Comités	Acta de Integración de Comités
9	Promotor Municipal	Pláticas sobre las Reglas de Operación	N/A
10	Promotor Municipal	Entrega de Desayunos	Recibo
11	Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar de DIFEM	Recibe pago correspondiente al pago de las dotaciones entregadas. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Desayunos fríos y raciones vespertinas



Edoméc. Nutrición Escolar (Modalidad Desayunos Escolares Comunitarios)

Nombre del Procedimiento:

Entrega de insumos

Objetivo:

Contribuir a la seguridad alimentaria de las niñas, niños y adolescentes detectados con malnutrición o en riesgo de padecerla que asistan a planteles públicos de educación básica que se ubiquen prioritariamente en localidades de alta marginación del municipio, a través de raciones alimentarias calientes.

Políticas de Operación:

1. Menores que presenten malnutrición o en riesgo.

Tiempo de respuesta:

30 minutos.

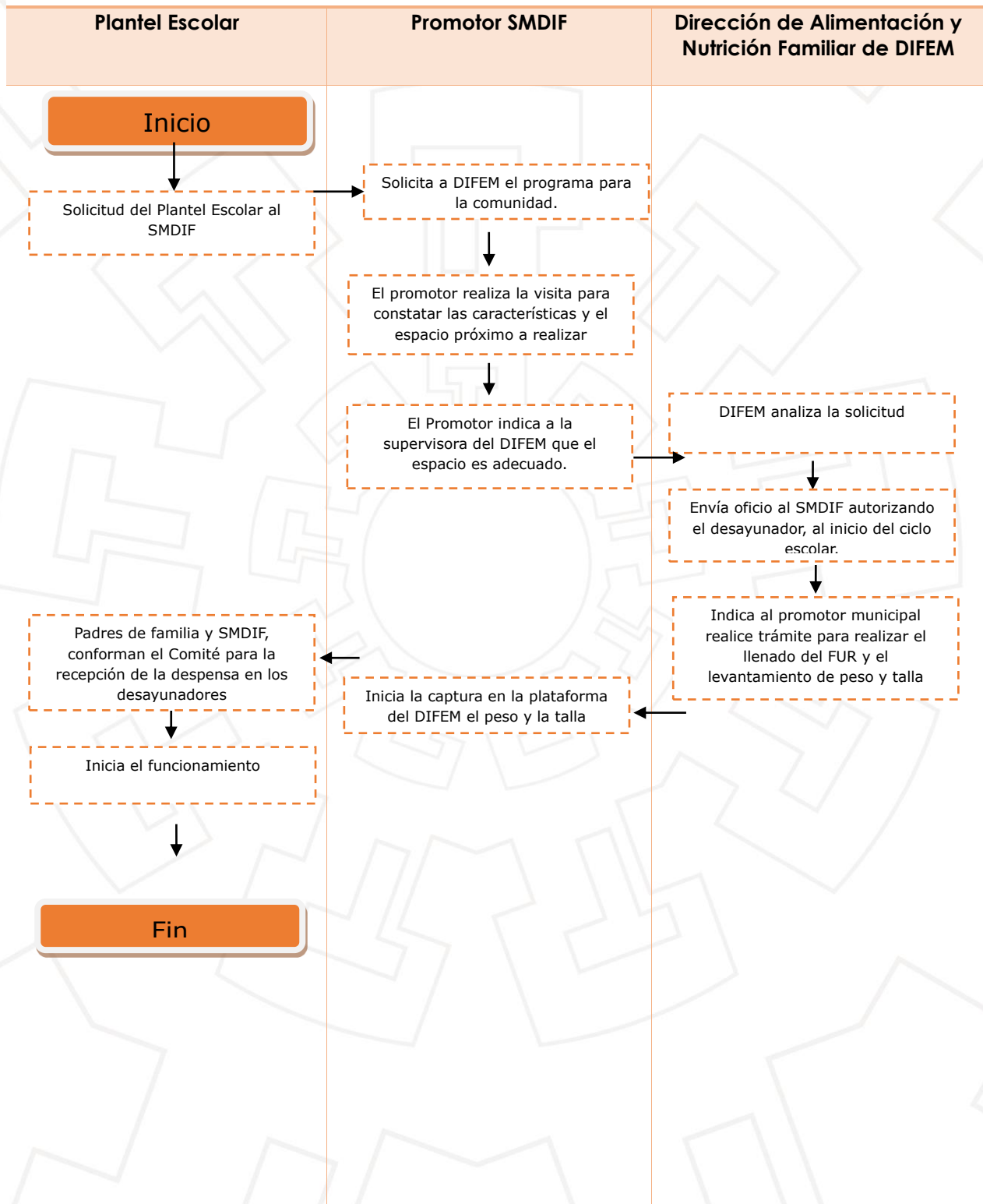
Descripción del Procedimiento

1	Plantel Escolar	Inicio Solicitud del Plantel Escolar al SMDIF.	N/A
2	Promotor Municipal	Solicita a DIFEM el programa para la comunidad	N/A
3	Promotor Municipal	Realiza la visita para constatar las características y el espacio próximo a realizar	N/A
4	Promotor Municipal	El Promotor indica a la supervisora del DIFEM que el espacio es adecuado.	N/A
5	Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar de	DIFEM analiza la solicitud	N/A



	DIFEM		
6	Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar de DIFEM	Envía oficio al SMDIF autorizando el desayunoador, al inicio del ciclo escolar.	N/A
7	Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar de DIFEM	Indica al promotor municipal realice trámite para realizar el llenado del FUR y el levantamiento de peso y talla	FUR
8	Promotor Municipal	Inicia la captura en la plataforma del DIFEM el peso y la talla	N/A
9	PLANTEL ESCOLAR	Padres de familia y SMDIF, conforman el Comité para la recepción de la despensa en los desayunoadores	ACTA CONSTITUTIVA
10	PLANTEL ESCOLAR	Inicia el funcionamiento	N/A
Fin del Procedimiento			

Diagrama de flujo entrega de insumos



Formatos de alimentación y Nutrición Familiar

MINUTA DE CAPACITACION

En el municipio de (1) _____, Estado de México, siendo las (2) _____ horas del día (3) _____, del mes de (4) _____ de (5) 20_____, encontrándose reunidos en las instalaciones que ocupa el desayunador escolar de la escuela (6) _____ con clave C.C.T (7) _____, ubicada en: (8) _____ y estando presentes por parte de la institución educativa lo CC. (9) _____, por parte del comité comunitario: (10)

Por el Sistema Municipal los CC: (11)

_____ y por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México: (12)

Se levanta la presente **acta** en donde se relatan los siguientes:

- HECHOS - (13)

ASISTENTES:

No habiendo nada más que agregar, se da por concluida la presente, siendo las (14) _____ horas, del mismo día de su inicio, firmando de conformidad al calce los que en ella intervinieron:

POR EL SISTEMA MUNICIPAL

COMITÉ COMUNITARIO

Nombre, firma y cargo (15)

Nombre, firma y cargo (16)



**RECIBO DE PAQUETES DE SEMILLAS
PARA EL ESTABLECIMIENTO DE HUERTOS FAMILIARES**

Município: (1) _____

Año: (2)

[illegible]

Género: 1.-Femenino 2.-Masculino

ELABORÓ PERSONAL DE ENLACE DEL SMDIF

Vo. Bo. DEL SUPERVISOR DIFEM

Nombre y firma (12)

Nombre, firma y sello (13)



Construyamos Juntos

"2025. Bicentenario de la vida municipal en el Estado de México".



CALIMAYA 2025 • 2027

**VISITAS DE SUPERVISIÓN A ESCUELAS BENEFICIADAS CON HUERTOS ESCOLARES DEL
PROGRAMA HORTADIF, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ESCOLAR PARA EL BIENESTAR**

Fecha: _____

Nombre del plantel Escolar _____

Localidad _____ CCT: _____

Cuenta con huerto escolar ☐

Esta sembrado: ☐

En caso de no estar sembrado especificar motivo: _____

En caso de no contar con huerto especificar motivo: _____

Falta de interés por personal educativo ☐

Falta de interés por padres de familia ☐

Observaciones:

Acción realizada: _____

Elaboro

Nombre, Firma y sello Del Director De Plante

Sistema Municipal para el Desarrollo
Integral de la Familia de **Calimaya**.

C. Matamoros 37, Los Ángeles, 52200
Calimaya de Díaz González, México.
Tel. 722 17 15 633



Coordinación de Prevención y Bienestar Familiar Psicología

Nombre del Procedimiento:

Impartición de consultas psicológicas

Objetivo:

1. Disminuir la aparición de trastornos emocionales y conductuales en la población mexiquense, tratando de incidir en las causas familiares, individuales y sociales.

Políticas de Operación:

1. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas.
2. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.

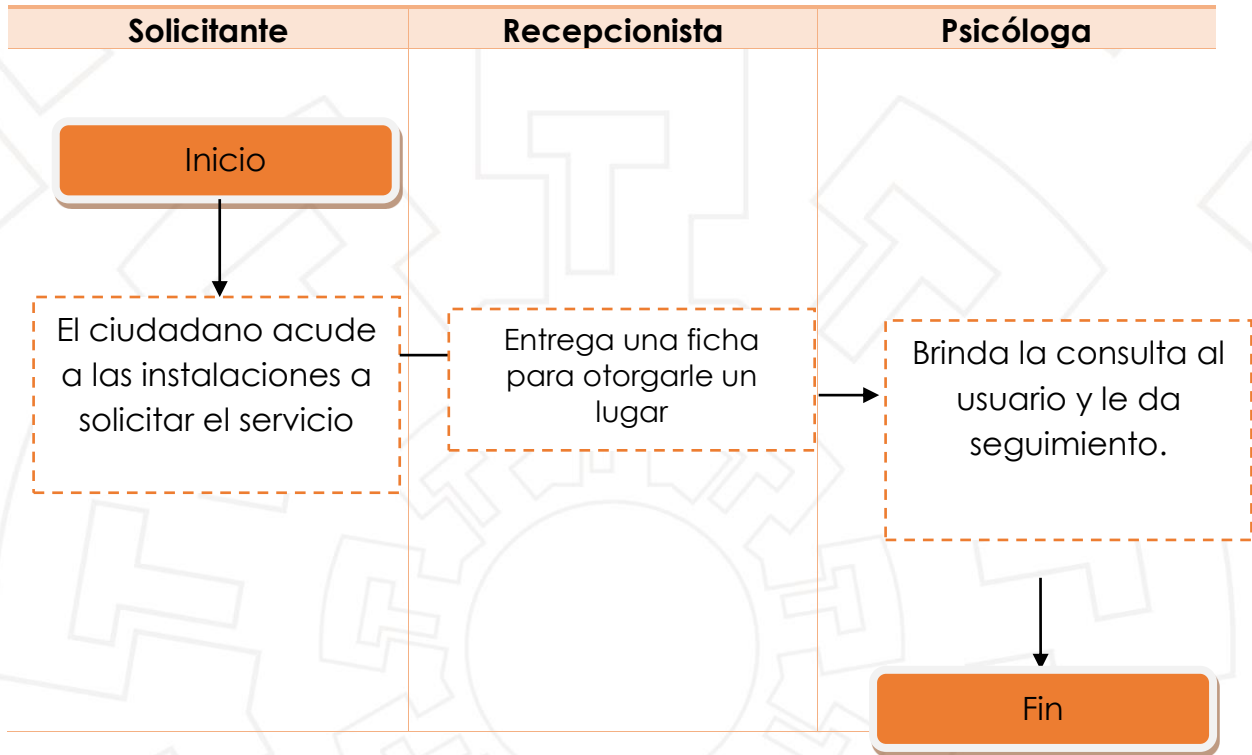
Tiempo de respuesta:

30 minutos.

Descripción del procedimiento Psicología

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Población en general	Inicio del Procedimiento Acude a solicitar la atención.	N/A
2	Recepcionista	Entrega una ficha para otorgarle un lugar al ciudadano.	N/A
3	Psicóloga	Brinda la atención al usuario y en su caso le da seguimiento. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Psicología



Escuela para Padres

Nombre del Procedimiento: Impartición de pláticas y talleres.

Objetivo: Lograr la integridad por medio de la orientación plasmada en pláticas y talleres, que ayuden a los padres de familia a replantear la forma de educar a los hijos, obteniendo reflexión para mejorar la dinámica familiar empleando la comunicación, asertividad, valores, toma de decisiones, salud mental y en conjunto crear un plan de vida armónico y sano en los aspectos físico psicológico y emocional de todos los integrantes de la familia.

Políticas de Operación:

1. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas.
2. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.

Tiempo de respuesta: 30 minutos.

Descripción del Procedimiento

1	Promotor Municipal	Inicio El promotor del programa recibe los oficios, se pone en comunicación con el plantel educativo, institución o población abierta que solicita el servicio. Posteriormente se organizan y plantean las actividades que se aplicarán con el grupo de padres de familia. Se imparten pláticas a población abierta dirigida a padres de familia y pareja (matrimonio), así mismo cursos-taller conformado por 8 sesiones.	N/A
2	promotor	Recibe los oficios por parte de las instituciones educativas o bien, de población abierta.	N/A
3	Coordinador	Supervisa y orienta el procedimiento	N/A

		de las reglas de operación del programa Escuela Para Padres. Y así mismo recibe la solicitud y hace entrega al promotor.	
4	Dirección de Prevención y Bienestar Familiar de DIFEM	Evalúa y valida las listas e informes de las actividades realizadas. Fin del Procedimiento	N/A

Atención Integral a la Madre Adolescente

Nombre del

Procedimiento:

Impartición de pláticas y talleres

Objetivo:

Generar alternativas que conduzcan a las madres adolescentes a planear su vida futura en las mejores condiciones de productividad social; así como proporcionar educación sexual y reproductiva. Formar madres responsables y mejorar el estado de salud físico y mental de las madres adolescentes. Apoyar la incorporación a la vida laboralmente productiva, a través de capacitación laboral.

Políticas de Operación:

1. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas.
2. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.

Tiempo de respuesta

30 minutos.

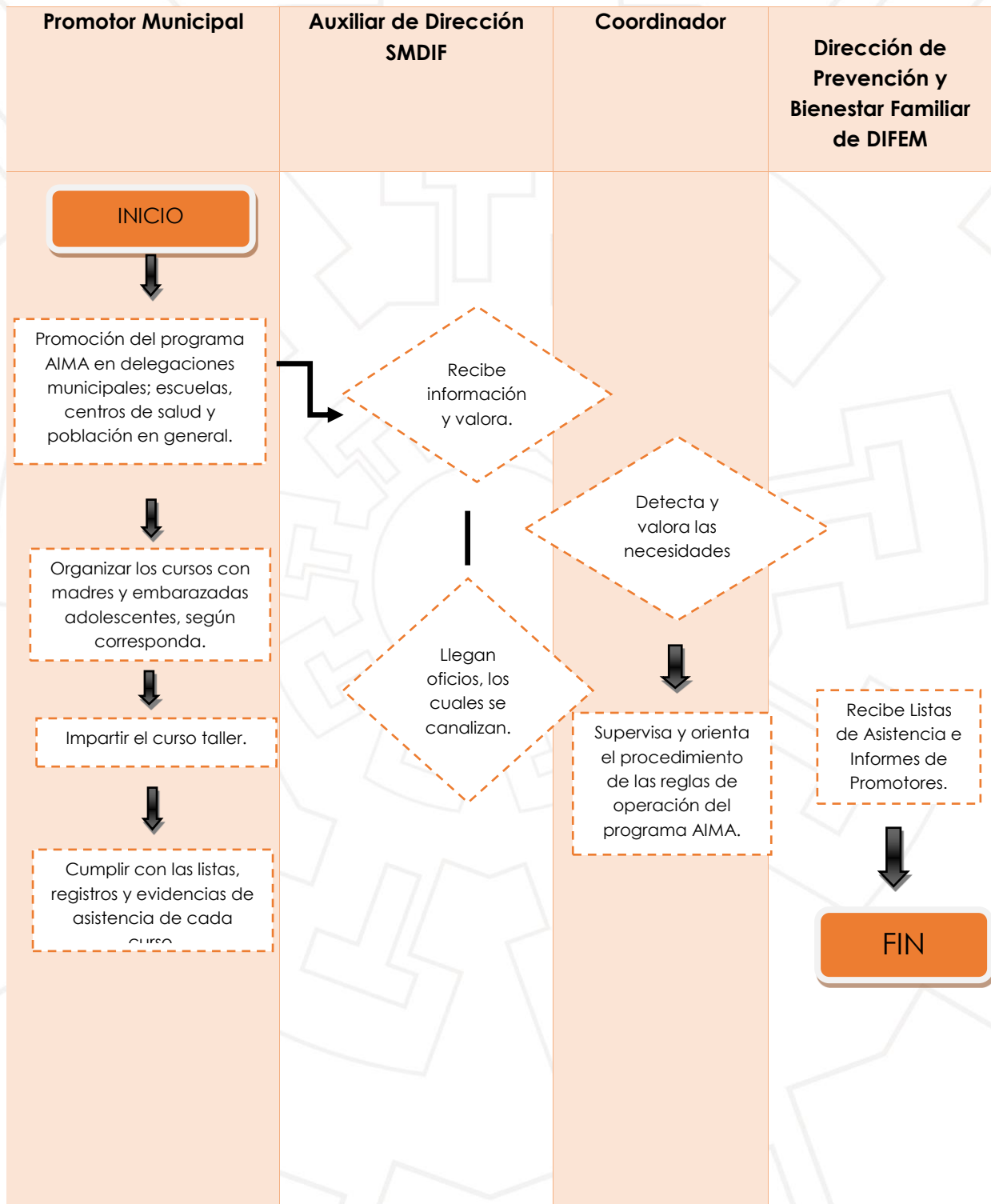
Descripción del Procedimiento

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Promotor	Inicio El promotor del programa recibe los oficios, se pone en comunicación con el plantel educativo, institución o población abierta que solicita el servicio. Posteriormente se organizan y plantean las actividades que se aplicarán con el grupo de madres o embarazadas adolescentes que forman parte del curso-taller. Los cursos-taller que se imparten son referentes a prevenir embarazos, cuidados en el periodo	N/A



		de los 9 meses de gestación, atenciones y cuidados que deben llevarse. Cada curso-taller está conformado por 9 sesiones.	
2	Auxiliar de Dirección	Recibe los oficios por parte de las instituciones educativas o bien, de población abierta.	N/A
3	Coordinador	El coordinador supervisa y orienta el procedimiento de las reglas de operación del programa AIMA. Y así mismo recibe la solicitud y hace entrega al promotor.	N/A
4	Dirección de Prevención y Bienestar Familiar de DIFEM	Evalúa y valida las listas e informes de las actividades realizadas.	N/A

Diagrama de flujo



Atención Integral al Adolescente

Nombre del

Procedimiento:

Impartición de pláticas y talleres

Objetivo:

Brindar pláticas, talleres y jornadas sobre la información referente a diversas temáticas de interés para las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, madres, padres, tutores, personal docente y público en general que permitan la prevención de conductas de riesgo.

Políticas de Operación:

1. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas.
2. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.

Tiempo de respuesta:

30 minutos.

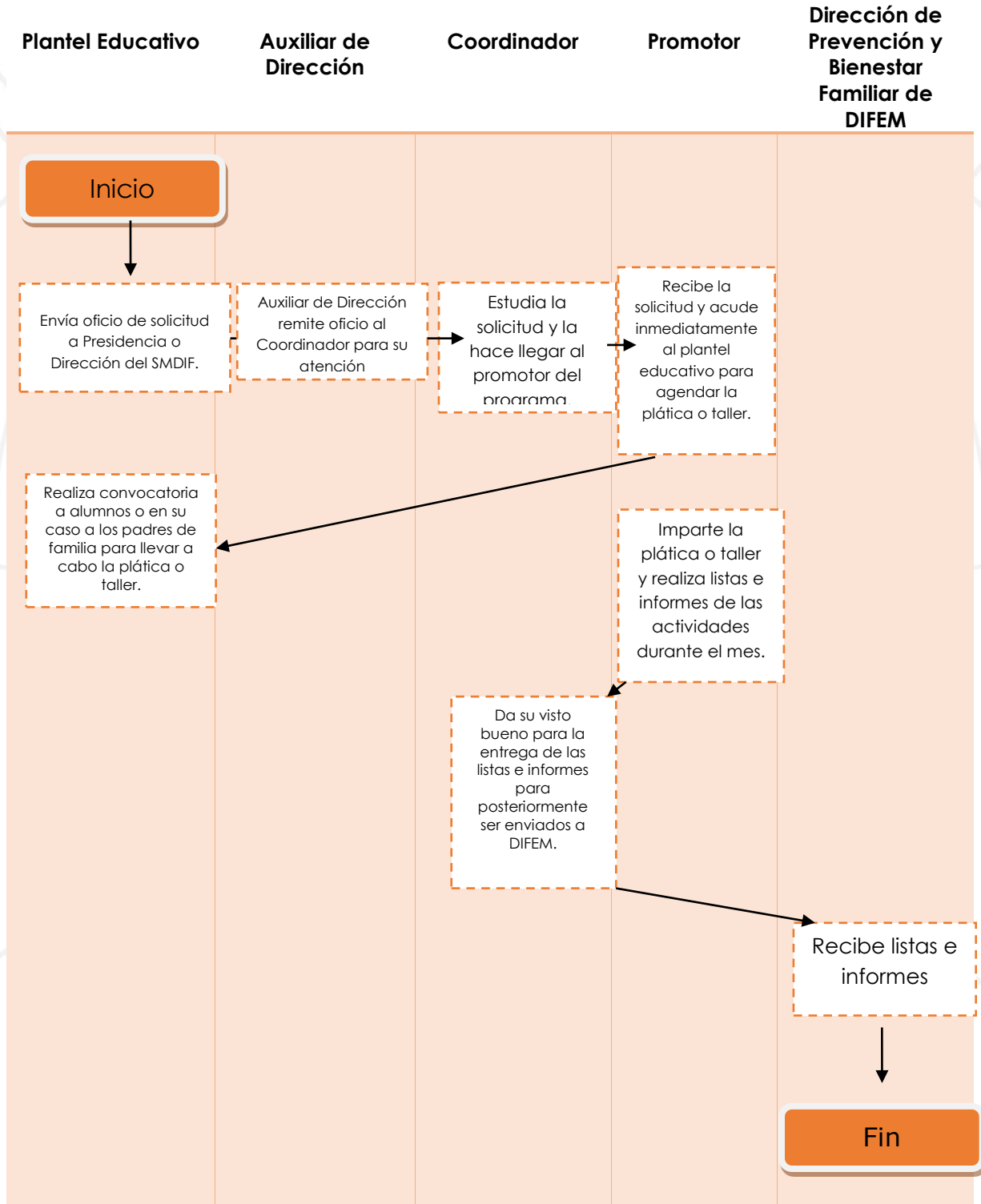
Descripción del Procedimiento Atención Integral al Adolescente

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Plantel Educativo	Envía oficio de solicitud a Presidencia o Dirección del SMDIF.	N/A
2	Auxiliar de Dirección	Remite oficio al Coordinador.	N/A
3	Coordinador	Estudia la solicitud, y la hace llegar al promotor correcto del programa.	N/A
4	Promotor	Recibe la solicitud y acude inmediatamente al plantel educativo para agendar la plática o taller.	N/A
5	Plantel Educativo	Realiza convocatoria a alumnos o en su caso a los padres de familia, para realizar la plática o taller.	N/A
6	Promotor	Imparte la plática o taller y realiza listas e informes de las actividades	Listas



		durante el mes.	
7	Coordinador	Da su visto bueno para la entrega de las listas e informes para posteriormente ser enviados a DIFEM. Fin del Procedimiento	N/A

Diagrama de flujo Atención Integral al Adolescente



Red de Difusores

Nombre del Procedimiento:

Impartición de pláticas y talleres

Objetivo:

Promover la formación de una red municipal de voceros infantiles, llamados Difusores, que den a conocer los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el municipio y sus comunidades, por medio de cursos - talleres, que estimulen la participación infantil, para conocer el sentir y el pensar de niñas, niños y adolescentes en relación al conocimiento y ejercicio de sus derechos.

Políticas de Operación:

1. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas.
2. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.

Tiempo de respuesta:

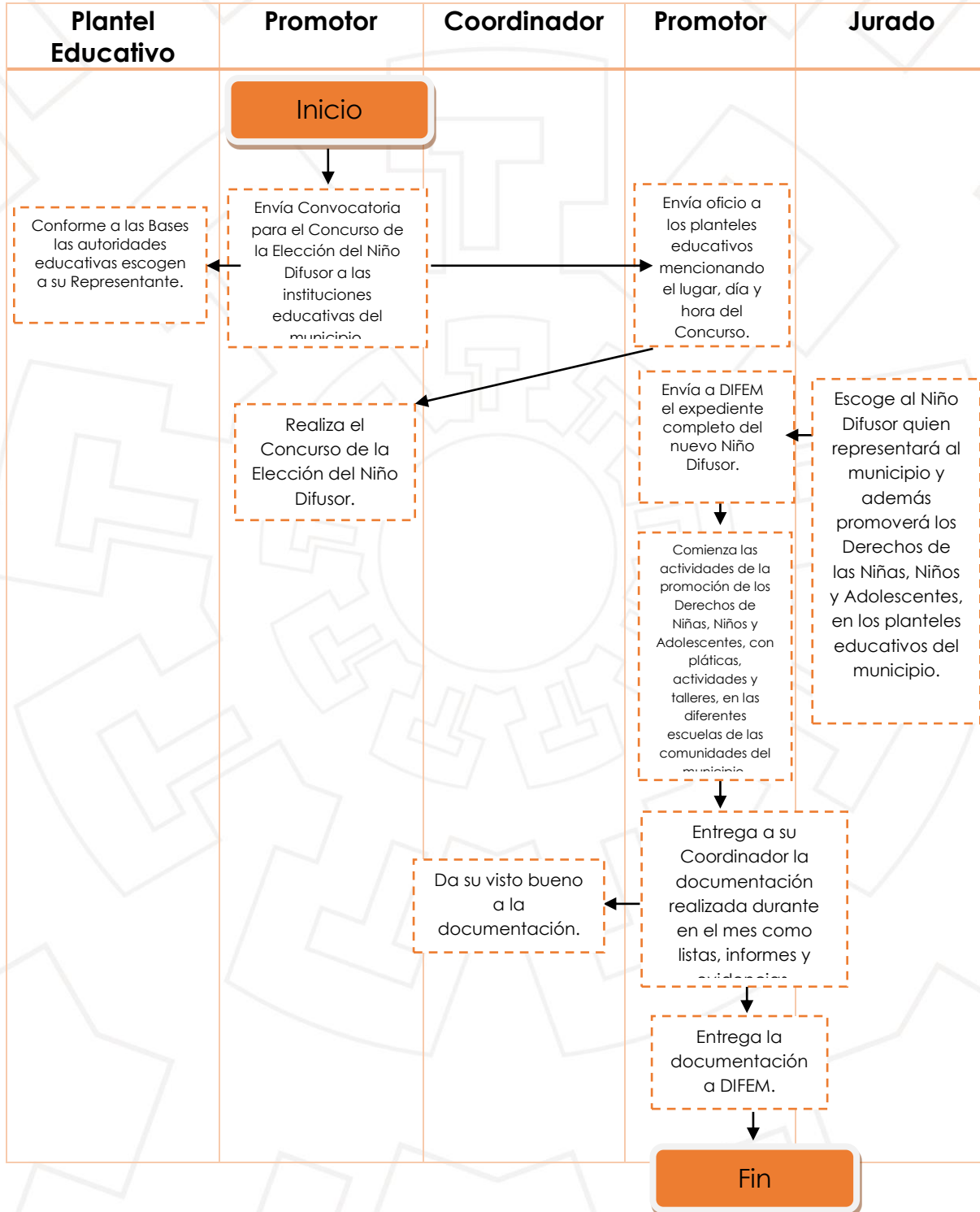
30 minutos.

Descripción del Procedimiento de Red de Difusores

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Promotor	Envía Convocatoria para el Concurso de la Elección del Niño Difusor a las Instituciones educativas del municipio.	N/A
2	Plantel Educativo	Conforme a las bases las autoridades educativas escogen a su representante.	N/A
3	Promotor	Envía oficio a los planteles educativos mencionando el lugar, día y hora del concurso.	N/A
4	Promotor	Realiza el Concurso de la Elección del Niño Difusor.	N/A

5	Jurado	Escoge al Niño Difusor quien representará al Municipio y además promoverá los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en los planteles educativos del municipio.	N/A
6	Promotor	Envía a DIFEM el expediente completo del nuevo Niño Difusor.	N/A
7	Promotor	Comienza las actividades de la promoción de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, como pláticas, actividades y talleres, en las diferentes escuelas de las comunidades del municipio.	N/A
8	Promotor	Entrega a su Coordinador la documentación realizada durante en el mes como listas, informes y evidencias.	N/A
9	Coordinador	Da su visto bueno a la documentación.	N/A
10	Promotor	Entrega la documentación a DIFEM.	N/A
Fin del Procedimiento			

Diafragma de Flujo



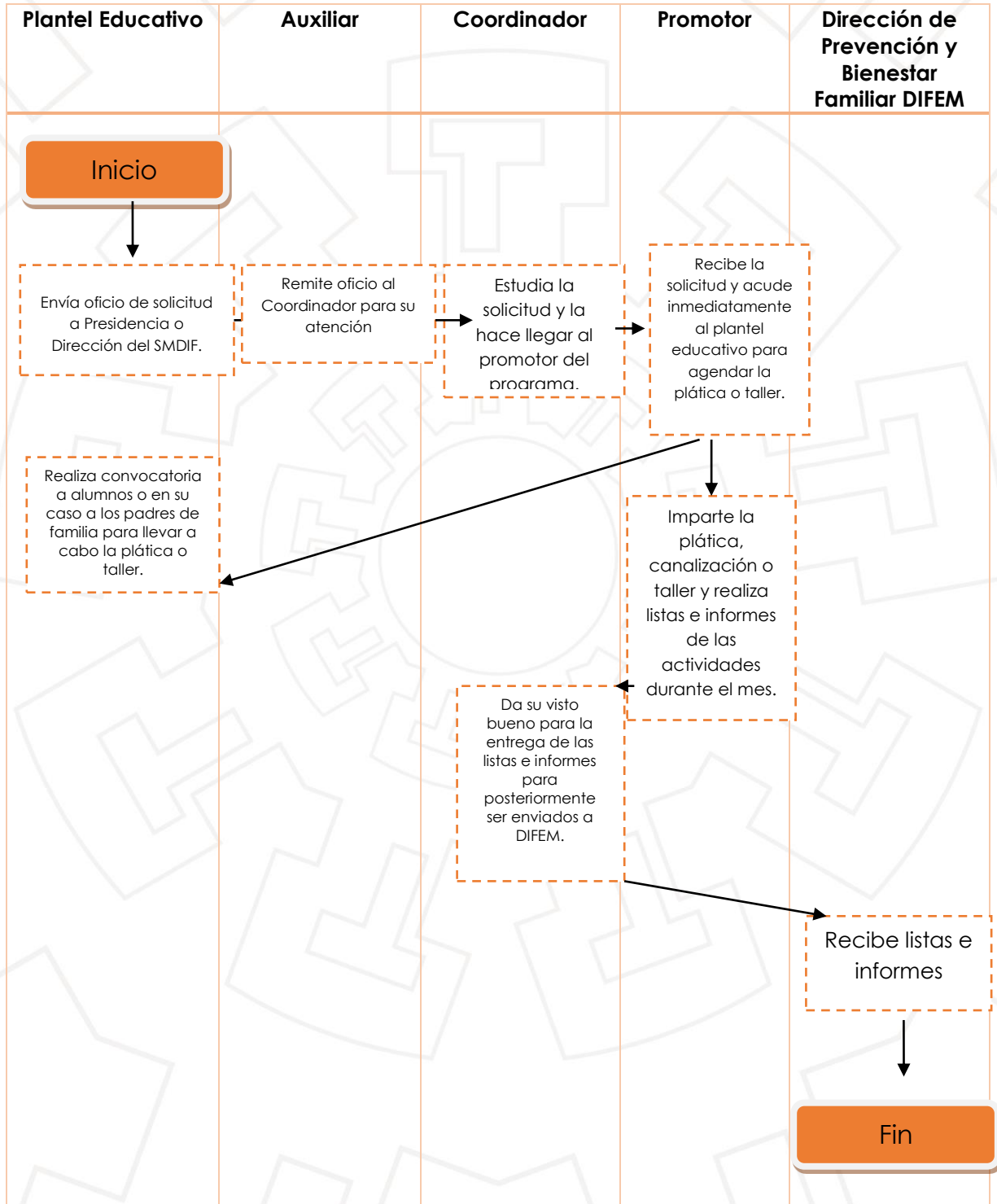
Prevención de las Adicciones

Nombre del Procedimiento:	Impartición de pláticas y talleres
Objetivo:	Fortalecer las acciones orientadas a la prevención de las adicciones, mediante actividades preventivo-educativas y de promoción, dirigidas a la población vulnerable, principalmente las enfocadas a causas individuales, familiares y sociales que las provocan.
Políticas de Operación:	1. El horario de atención es de 9:00 a 16:00 horas. 2. El servicio está dirigido a la población en general del municipio.
Tiempo de Procedimiento de Gestión	30 minutos.

Descripción del Procedimiento Prevención de las Adicciones

Paso	Responsable	Descripción de Actividades	Formato
1	Plantel Educativo	Envía Oficio de solicitud a Presidencia o Dirección del SMDIF.	N/A
2	Auxiliar	Remite oficio al Coordinador.	N/A
3	Coordinador	El coordinador estudia la solicitud, y la hace llegar al promotor correcto del programa.	N/A
4	Promotor	Recibe la solicitud y acude inmediatamente al plantel educativo para agendar la plática o taller.	N/A
5	Plantel Educativo	Realiza convocatoria a alumnos o en su caso a los padres de familia, para realizar la plática o taller.	N/A
6	Promotor	Imparte la plática, canalización o taller y realiza listas e informes de las actividades durante el mes.	Listas
7	Coordinador	Da su visto bueno para la entrega de las listas e informes para posteriormente ser enviados a DIFEM.	N/A
Fin del Procedimiento			

Diagrama de flujo Prevención de las Adicciones



Formatos de Prevención y Bienestar Familiar

LISTA DE ASISTENCIA

Fecha: (1)	Municipio: (2)	
Instituto u Organización: (3)		
Domicilio: (4)		
Actividad Realizada: (5)	Plática Sesión	Curso Taller
Tema: (6)		
Hora de Inicio: (7)	Hora de Término: (8)	

POBLACION BENEFICIADA

N.P.	NOMBE COMPLETO	EDAD	SEXO	FIRMA

Validación

C. Cecilia Gómez Hernández
Presidenta Honoraria del Sistema Municipal para el
Desarrollo Integral de la Familia de Calimaya

Elaboró

C. Julio Cesar Gómez Hernández
Director General del Sistema Municipal para el
Desarrollo Integral de la Familia de Calimaya