JULIO 2025

MANUAL DE Procedimientos

AMECAMECA 2025 • 2027

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE AMECAMECA

DIF AMECAMECA 2025 - 2027 • Haciendo la diferencia

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

Ayuntamiento Constitucional de Amecameca 2025-2027

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Amecameca

Av. Parque Nacional S/N, Sector Sacromonte, Amecameca, Estado de México, C.P. 56900.

Julio 2025

Impreso y hecho en Amecameca, Estado de México

La reproducción total o parcial de este documento se autoriza siempre y cuando se dé el crédito correspondiente de la Fuente.

Manual de Procedimientos del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia De Amecameca.

ÍNDICE

Procedimientos 8
PROCEDIMIENTO 1: OPERACIÓN DE GRUPOS DE ATENCIÓN A ADULTOS MAYORES 8
Objetivo 8
Referencias 8
Definiciones 8
Insumos 8
Resultados 8
Políticas 8
Desarrollo 9
Diagramación 10
Formatos e Instructivos 11
PROCEDIMIENTO 2: REALIZACIÓN DE EVENTOS Y EXCURSIONES DE TIPO RECREATIVO 14
Objetivo 14
Referencias 14
Definiciones 14
Insumos 14
Resultados 15
Políticas 15
Desarrollo 16
Diagramación 17
Formatos e Instructivos 18
INSTRUCTIVO DE LLENADO 19
PROCEDIMIENTO 3: PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MADRE ADOLESCENTE (AIMA) 20

Referencias 20
Definiciones 20
Insumos 20
Resultados 20
Políticas 20
Desarrollo 21
Diagramación 22
Formatos e Instructivos 23
INSTRUCTIVO DE LLENADO 24
Lista De Asistencia 24
INSTRUCTIVO DE LLENADO 25
PROCEDIMIENTO 4: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE. 25
Referencias 25
Definiciones 25
Insumos 26
Resultados 26
Políticas 26
Desarrollo 27
Diagramación 28
Formatos e Instructivos 29
INSTRUCTIVO DE LLENADO 29
PROCEDIMIENTO 5: PROGRAMA DE RED DE DIFUSORES INFANTILES 30
Referencias 30
Definiciones 30
Insumos 30
Resultados 30
Políticas 30
Desarrollo 31
Diagramación 32
Formatos e Instructivos 33
INSTRUCTIVO DE LLENADO 34
PROCEDIMIENTO 6: PROGRAMA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR INFAM 34

Referencias 34
Definiciones 34
Insumos 34
Resultados 34
Políticas 35
Desarrollo 35
Diagramación 36
Formatos e Instructivos 37
INSTRUCTIVO DE LLENADO 37
PROCEDIMIENTO 7: PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE LA MUJER (SMM) 38
Referencias 38
Definiciones 38
Insumos 38
Resultados 38
Políticas 38
Desarrollo 39
Diagramación 40
Formatos e Instructivos 41
INSTRUCTIVO DE LLENADO 41
INSTRUCTIVO DE LLENADO 42
INSTRUCTIVO DE LLENADO 43
PROCEDIMIENTO 8: TALLERES 44
Referencias 44
Definiciones 44
Insumos 44
Resultados 44
Políticas 44
Desarrollo 45
Diagramación 46
PROCEDIMIENTO 9: SERVICIO DE COMEDOR. 47
Referencias 47
Definiciones 47

Insumos 47
Resultados 47
Políticas 47
Desarrollo 48
Diagramación 49
PROCEDIMIENTO 10: ATENCIÓN A REPORTES DE VULNERACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES 50
Referencias 50
Definiciones 50
Insumos 51
Resultados 51
Políticas 51
Desarrollo 52
Diagramación 53
PROCEDIMIENTO 11: PROGRAMA DE PROYECTOS PRODUCTIVOS HORTA-DIF 54
Referencias 54
Definiciones 54
Insumos 54
Resultados 54
Políticas 54
Desarrollo 55
Diagramación 56
Formatos e Instructivos 57
Formatos e Instructivos 57
PROCEDIMIENTO 12 59
Referencias 59
Definiciones 59
Insumos 59
Resultados 59
Políticas 60
Desarrollo 60
Diagramación 61

Formatos e Instructivos 62
INSTRUCTIVO DE LLENADO 62
INSTRUCTIVO DE LLENADO 64
INSTRUCTIVO DE LLENADO 65
INSTRUCTIVO DE LLENADO 67
INSTRUCTIVO DE LLENADO 68
INSTRUCTIVO DE LLENADO 69
PROCEDIMIENTO 13: PROGRAMA DE NUTRICIÓN ESCOLAR: DESAYUNOS ESCOLARES (FRIOS Y RACIONES VESPERTINAS) 70
Referencias 70
Definiciones 70
Insumos 70
Resultados 70
Políticas 70
Desarrollo 71
Diagramación 72
Formatos e Instructivos 73
..... 73
INSTRUCTIVO DE LLENADO 74
INSTRUCTIVO DE LLENADO 76
PROCEDIMIENTO 14: CERTIFICADO MÉDICO 76
Referencias 76
Definiciones 76
Insumos 76
Resultados 76
Políticas 77
Desarrollo 77
Diagramación 78
Formatos e Instructivos 79
INSTRUCTIVO DE LLENADO 79
INSTRUCTIVO DE LLENADO 80
PROCEDIMIENTO 15: CONSULTA MÉDICA: GENERAL, ODONTOLÓGICA Y NUTRICIONAL 80

Referencias 80
Definiciones 80
Insumos 80
Resultados 81
Políticas 81
Desarrollo 81
Diagramación 82
Formatos e Instructivos 83
Instructivo de llenado 83
INSTRUCTIVO DE LLENADO 84
PROCEDIMIENTO 16: INGRESO Y ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL. 84
Referencias 84
Definiciones 84
Insumos 85
Resultados 85
Políticas 85
Desarrollo 86
Diagramación 87
Formatos e Instructivos 88
INSTRUCTIVO DE LLENADO 88
INSTRUCTIVO DE LLENADO 89
INSTRUCTIVO DE LLENADO 90
INSTRUCTIVO DE LLENADO 91
INSTRUCTIVO DE LLENADO 91
SIMBOLOGÍA 92
Registro de Ediciones 93
Validación 94

PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO 1: OPERACIÓN DE GRUPOS DE ATENCIÓN A ADULTOS MAYORES.

Objetivo

Brindar atención a la población de adultos mayores mediante el acondicionamiento de un espacio físico adecuado y seguro, en el cual se realicen actividades recreativas, lúdicas, deportivas, preventivas y de autocuidado a través de las cuales los usuarios mantengan un bienestar físico, emocional y social.

Referencias

Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. - Año de Publicación: 14/ABRIL/2023

Ley General de Salud. - Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07/02/1984.- Última reforma publicada 07/06/2024.

Definiciones

Adulto Mayor: refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad.

Grupo de día: Es un lugar público que ofrece servicios a personas mayores de 60 años que son independientes y que puedan realizar diferentes tipos de actividades de integración grupal tales como: Clases de tejido, cocina, repostería, bisutería, manualidades variadas, baile, reciclaje, apoyo emocional, juegos lúdicos, activación física, alfabetización, pláticas de salud, jurídicas y psicológicas.

Insumos

Equipamiento de espacios dignos

Documentación de ingreso para los asistentes y usuarios de dicha estancia

Resultados

Que todo adulto mayor que se encuentra inscrito en las diferentes casas de día de las delegaciones y cabecera municipal pueda recibir los servicios que el Sistema Municipal DIF y la coordinación ofrecen.

Políticas

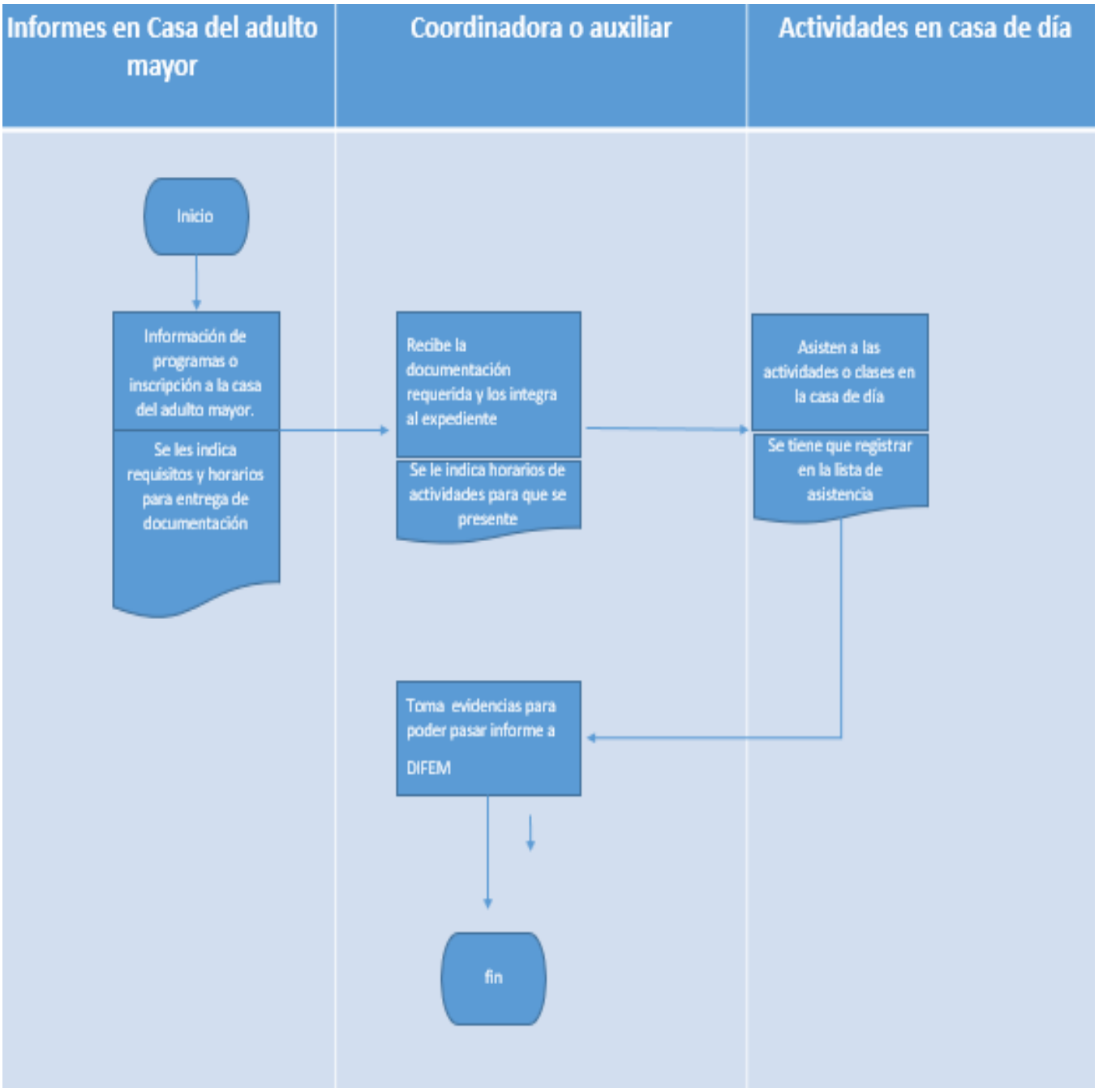
Todos los adultos mayores tienen el derecho de recibir un trato respetuoso, justo, digno y humano, brindándoles la atención integral y personalizada; haciendo uso de todas y cada una de las instalaciones y servicios asistenciales.

Se brinda atención a los grupos, tres horas a la semana en las diferentes casas de día de sus delegaciones, donde participan en diversas actividades como: cocina, baile, tejido, bisutería, activación física, manualidades de todo tipo, incluyendo tejido y reciclaje.

Desarrollo

Nombre de la actividad: Operación de grupos de Atención a Adultos Mayores			
Unidad administrativa: Coordinación de Atención a Adultos Mayores.	Área responsable: Coordinación de Atención a Adultos Mayores.		
Descripción de actividad			
No. de paso	Responsable	Nombre de la Actividad	Desarrollo de la actividad
1	Adulto mayor	Recepción de informes	Asiste a pedir informes para ingresar al grupo
2	Coordinadora de Atención a Adultos Mayores	Atención y primer contacto con el adulto mayor para su inscripción	Informa los requisitos para ingresar al grupo e Integrar el expediente. Copia de credencial de elector al 200%, copia de CURP actualizada y certificada, copia de acta de nacimiento, copia de comprobante de domicilio actualizado, dos fotografías infantiles blanco y negro o a color.
3	Adultos Mayores	Asistencia a los grupos	Se integran a las actividades de los grupos y se registra en el listado de asistencia diaria. Recibe apoyos extraordinarios de DIFEM.
4	Auxiliares de Atención	Atención a los grupos de Adultos Mayores	Desarrollan las actividades dentro de los grupos, toma evidencias fotográficas y listados. Entrega planeación semanal de actividades y bitácora donde registran las actividades más relevantes el día. Informe mensual de actividades a DIFEM.

Diagramación



Formatos e Instructivos

- Formato de inscripción a la casa de día del Adulto Mayor Amecameca

FORMATO DE INSCRIPCIÓN A LA CASA DE DÍA DEL ADULTO MAYOR AMECAMECA

Sistema Municipal DIF Amecameca

2 FOTO

1 Fecha: _____

3 Nombre de la persona mayor: _____

4 Domicilio: _____

5 Teléfono: _____ 6 Escolaridad: _____

7 Lugar de origen: _____ 8 Ocupación: _____

9 Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____

10 Actividades en la(s) que desea participar: _____

11 Padecimiento (s): _____

12 Tipo de sangre: ___ 13 Medicamentos y dosis que toma para sus padecimientos: _____

14 Institución o médico que le atiende: (Nombre y teléfono): _____

15 Nombre de algún familiar al que se le pueda avisar en caso de accidente: _____

16 Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono personal: _____

17 ☐ 18 Leí y acepto el reglamento interno de la [illegible]e Día del Adulto Mayor Amecameca

19 Presenta certificado médico Sí ☐ No ☐

20 Presenta identificación oficial con fotografía Sí ☐ No ☐

21 Padecí COVID-19 Sí _____ No _____ Vacunado (a) contra COVID-19 Sí _____ No _____

22 23

24 _____ NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE

25 _____ NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

26 _____ NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DE CASA DE DÍA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anotará la fecha de inscripción del adulto mayor solicitante
2. Se colocará una fotografía tamaño infantil, blanco y negro o a color del adulto mayor solicitante
3. Se anotará el nombre completo del adulto mayor solicitante
4. Se anotará el domicilio completo (tipo de vialidad, nombre de la vialidad, no., municipio, estado, c.p.) del adulto mayor solicitante
5. Se anotará el teléfono de contacto del adulto mayor solicitante.
6. Se anotará el ultimo grado de escolaridad del adulto mayor solicitante
7. Se anotará el lugar de nacimiento del adulto mayor solicitante
8. Se anotará la ocupación actual del adulto mayor solicitante
9. Se anotará la fecha de nacimiento completa (día/mes/año) del adulto mayor solicitante
10. Se anotarán todas las actividades en las que el adulto mayor solicitante desea participar
11. Se anotarán todos los padecimientos de salud del adulto mayor solicitante
12. Se anotará el tipo de sangre del adulto mayor solicitante
13. Se anotarán los medicamentos y las dosis que toma el adulto mayor solicitante
14. Se anotará el nombre y número de teléfono de la institución o del médico que atiende al adulto mayor solicitante
15. Se anotará el nombre de algún familiar responsable del adulto mayor solicitante
16. Se anotará el domicilio completo del familiar responsable del adulto mayor solicitante
17. Se anotará el número telefónico de casa del familiar responsable del adulto mayor solicitante
18. Se anotará el número telefónico personal del familiar responsable del adulto mayor solicitante
19. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor solicitante leyó y acepta los lineamientos del reglamento interno de la casa del adulto mayor de Amecameca
20. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor solicitante presenta o no certificado médico al momento de la inscripción
21. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor solicitante presenta o no identificación oficial con fotografía al momento de la inscripción
22. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor solicitante padeció o no padeció covid-19
23. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor solicitante está o no está vacunado contra covid-19
24. El adulto mayor solicitante anotará su nombre completo y firma de conformidad
25. El familiar responsable del adulto mayor solicitante anotará su nombre completo y firma de conformidad
26. Encargado de la casa del adulto mayor
27. Anotará su nombre completo y firma de conformidad

- Lista de asistencia a los grupos:

Ayuntamiento de Amecameca. Estado de México 2025-2027

"2025. Bicentenario de la vida municipal del Estado de México"

DIF AMECAMECA

1 LISTA DE ASISTENCIA GRUPO _____

2 AUXILIAR DE ATENCION: _____

3 HORARIO: _____ DE _____ A _____ 4 MES: _____

5 NO.	6 Nombre	7 A. Paterno	8 A. Materno	9							
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

AV. PARQUE NACIONAL S/N SECTOR SACROMONTE, AMECAMECA; ESTADO DE MÉXICO C.P. 56900.
DIF AMECAMECA 2025-2027

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anotará el nombre del grupo de adultos mayores
2. Se anotará el nombre completo del (la) auxiliar de atención a grupos de adultos mayores
3. Se anotará el día o días y horarios de atención al grupo de adultos mayores (ejemp. lunes y jueves de 9:00 am a 12:00 pm)
4. Se anotará el mes que corresponde al pase de asistencia
5. Se anotará el numero consecutivo de los adultos mayores pertenecientes al grupo
6. Se anotará el nombre o nombres del (la) adulto mayor inscrito
7. Se anotará el apellido paterno del (la) adulto mayor inscrito
8. Se anotará el apellido materno del (la) adulto mayor inscrito
9. Se anotarán los días de atención al grupo durante el mes correspondiente

PROCEDIMIENTO 2: REALIZACIÓN DE EVENTOS Y EXCURSIONES DE TIPO RECREATIVO

Objetivo

Brindar atención a la población de adultos mayores mediante la realización de eventos y la organización de excursiones a diversos destinos del territorio nacional, en los cuales se realicen actividades culturales y recreativas fomentando que los usuarios mantengan una mejor calidad de vida dentro y fuera del núcleo familiar y del entorno social

Referencias

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. - Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25/06/2002.

Definiciones

Adulto Mayor: refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad.

Grupo de día: un lugar para personas mayores de 60 años que son independientes, en el cual realizan diferentes tipos de actividades de integración como: Clases de tejido, cocina, repostería, bisutería, manualidades varias, baile, reciclaje, apoyo emocional, juegos lúdicos, activación física, alfabetización, pláticas de salud, jurídicas, psicológicas y desayuno; a diferencia de residencia para personas mayores que necesitan cuidados específicos.

Insumos

- Destino, transporte y presupuesto
- Comodidad
- Estado de salud y medicamento

Resultados

- Que los Adultos mayores a quienes les gustan viajar y lo han hecho cuando les fue posible, continúen haciéndolo. Por su parte, para los que han viajado poco resulta una nueva experiencia de vida, en donde todos tienen la oportunidad de conocer lugares distintos y de convivir con los demás dentro y fuera de su entorno. Políticas
- El turismo para adultos mayores es muy disfrutable por la madurez y experiencia de vida en esta etapa.
- El adulto mayor necesita considerar cómo, cuándo viajar y con quién para que la experiencia sea un gran evento en su vida.
- También hay que considerar si son preferibles los viajes cortos de días o una semana, o bien, los viajes de uno o varios meses.
- Los viajes en la tercera edad deben ser ampliamente disfrutables.
- Puede ser para descansar, conocer otras ciudades y su cultura, para estar en contacto con la naturaleza o estar en la playa.
- Es necesario planear el presupuesto y tomar en cuenta que en México hay descuentos para adultos mayores en viajes. Por ejemplo, en tours específicos para tercera edad, en autobuses, en aerolíneas y entradas gratuitas a museos y sitios arqueológicos.
- Es obligatorio aplicar los protocolos de prevención y sana distancia para evitar la propagación del virus SARS-COV-2 de manera estricta. En caso contrario no se realizará el procedimiento.
-

Políticas

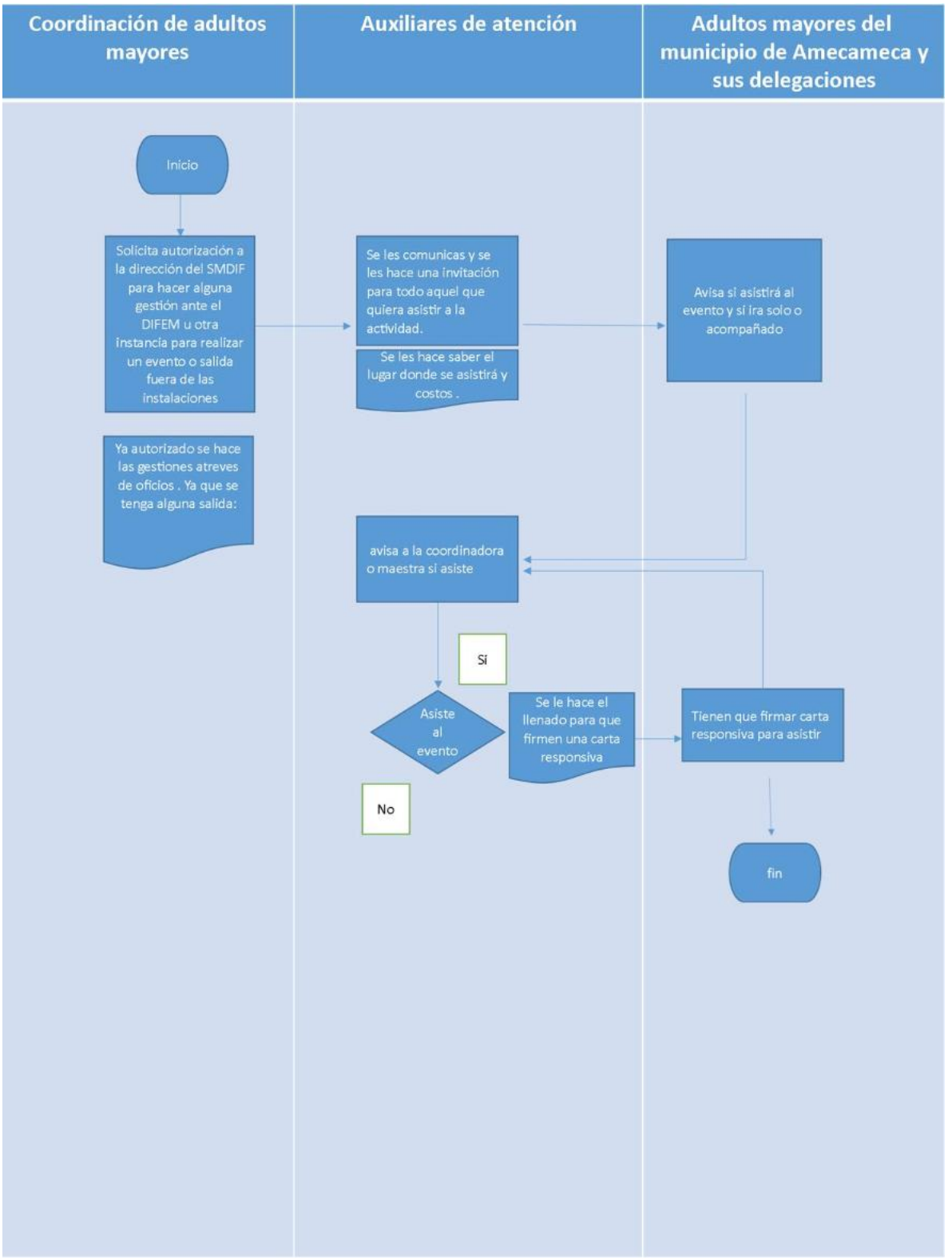
El turismo para adultos mayores es muy disfrutable por la madurez y experiencia de vida en esta etapa. Si sus condiciones de salud les permiten los viajes, sólo es necesario elegir el o los destinos y ajustarse a su economía.

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

Desarrollo

Nombre de la actividad: Realización de eventos y excursiones de tipo recreativo			
Unidad administrativa: Coordinación de Atención a Adultos Mayores.	Área responsable: Coordinación de Atención a Adultos Mayores.		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la actividad**
1	Coordinadora de Atención a Adultos Mayores	Solicitud de autorización	La coordinación solicita autorización a la dirección del SMDIF para la gestión ante el DIFEM y/o Instancia correspondiente para la realización del evento y/o viaje
2	Coordinadora de Atención a Adultos Mayores	Organización del evento o excursión	La coordinadora organiza el evento y/o viaje, estipula la fecha, ubica el destino, se pone en contacto con el transporte y gestiona los recursos necesarios
3	Auxiliares de Atención	Difusión de información con los adultos mayores	Una vez autorizado se les comunica e invita a los adultos mayores, de los eventos y la participación que tendrán dentro del mismo.
4	Adultos mayores	Elaboración de carta responsiva, cuota mínima y asistencia al evento o excursión	Llenan una carta responsiva en la cual se libera a la institución de cualquier responsabilidad que pueda suceder durante el desarrollo de la actividad, aportan una cuota mínima de recuperación y asisten puntualmente al evento o excursión.

Diagramación



Formatos e Instructivos

- Formato de carta responsiva para actividades externas

CARTA RESPONSIVA PARA CASA DE DIA (ACTIVIDADES EXTERNAS)

1 ha: _____

2 _____

n identificación oficial con fotografía número: _____ micilio en

3 le: _____ número exterio 4 _____

5

C olonia: _____ C.P. _____ Municipio: _____

6 7 8

éfono fijo: _____ teléfono celular: _____ , estado civil: _____

9 10 11

RP: _____, grado de estudios: _____

12 13

grante del grupo de adultos mayores der do: _____

14

o mi responsabilidad, deseo asistir a las actividades que programe La Casa de Dia del Adulto Mayor de _____; asimismo, acepto las medidas sanitarias que 15 **omar para el retorno seguro, autorizo a la Casa de Día para que, en caso de algún accide nfermedad, me trasladen al servicio médico que consideren adecuado, aclarando que seremos mi familia y yo responsable y quien solventaremos los gastos.**

Declaro que todos los datos asentados en este formato son fidedignos

ANTECEDENTES MÉDICOS

Yo padezco:

Desvanecimiento: ☐ Hipertensión: ☐ Diabetes: ☐ Hospitalización reciente: ☐

16 ecí COVID-19 **SI** ___ **NO** ___ Vacunado (a) conta COVID-19 **SI** ___ **NO** ___

17 o: _____ 18 _____

y alérgico a: _____ Otro: _____

19

20 tituto o Médico que me atiende (Se anexa copia de filiación 21 _____

No. De clínica o médico: _____

22 éfono de la clínica o del médico: _____

23 mbre de un familiar responsable: _____

entesco: _____ Calle: _____ No. Exterior: _____

24 onia: _____ C.P. _____ Municipio: _____

25 fono fijo: _____ Teléfono celular: _____

26 27 28

29 30 31 **PERSONA ADULTA MAYOR** **FAMILIAR RESPONSABLE**

32 33

_____ _____

Nombre y firma Nombre y Firma

34 35

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anotará la fecha del evento o la excursión
2. Se anotará el nombre completo del adulto mayor
3. Se anotará el número de identificación oficial que el adulto mayor haya presentado en su inscripción
4. Se anotará el nombre completo de la calle en donde se ubica el domicilio del adulto mayor
5. Se anotará el numero exterior del domicilio del adulto mayor
6. Se anotará la colonia a la que pertenece el domicilio del adulto mayor
7. Se anotará el código postal del domicilio del adulto mayor
8. Se anotará el municipio de residencia del adulto mayor
9. Se anotará el numero telefónico fijo del adulto mayor
10. Se anotará el teléfono celular del adulto mayor
11. Se anotará el estado civil del adulto mayor
12. Se anotará la clave única de registro de población (curp) del adulto mayor
13. Se anotará el ultimo grado de estudios del adulto mayor
14. Se anotará el nombre del grupo al que pertenece el adulto mayor
15. Se anotará el nombre de la casa del adulto mayor a la que pertenece
16. Se marcará con una ‘‘**x**’’ el padecimiento que tenga el adulto mayor (en caso de tenerlo)
17. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor padeció o no covid-19
18. Se marcará con una ‘‘**x**’’ si el adulto mayor esta vacunado o no contra covid-19
19. Se anotará si el adulto mayor tiene otro padecimiento distinto a los antes mencionados
20. Se anotará la alergia que tiene el adulto mayor
21. Se anotará una segunda alergia que tenga el adulto mayor (según sea el caso)
22. Se anotará la institución de salud o el médico que atiende al adulto mayor
23. Se anotará el número de clínica o el número de médico que atiende al adulto mayor
24. Se anotará el numero telefónico de la clínica o del médico que atiende al adulto mayor
25. Se anotará el nombre completo de un familiar responsable del adulto mayor
26. Se anotará el parentesco del familiar responsable del adulto mayor
27. Se anotará la calle en donde vive el familiar responsable del adulto mayor
28. Se anotará el numero exterior del domicilio del familiar responsable del adulto mayor
29. Se anotará la colonia donde se ubica el domicilio del familiar responsable del adulto mayor
30. Se anotará el código postal del domicilio del familiar responsable del adulto mayor
31. Se anotará el municipio de residencia del familiar responsable del adulto mayor
32. Se anotará el numero telefónico fijo del familiar responsable del adulto mayor
33. Se anotará el teléfono celular del familiar responsable del adulto mayor
34. El adulto mayor solicitante anotará su nombre completo y firma de conformidad
35. El familiar responsable del adulto mayor solicitante anotará su nombre completo y firma de conformidad

PROCEDIMIENTO 3: PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MADRE ADOLESCENTE (AIMA)

Objetivo

Ejecutar las acciones que engloban el programa de atención a la madre adolescente a través de pláticas y talleres, con el propósito de sensibilizar y concientizar a la población sobre los riesgos que implica el ser madres a muy temprana edad.

Referencias

- Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México. -Año de Publicación: 07/05/2015
- Convención de los derechos del niño. - Unicef. -20/11/1989

Definiciones

Madres adolescentes: adolescentes que se embarazan y tienen a sus hijos a temprana edad sensibilizar y concientizar sobre los riesgos que implica un embarazo a temprana edad.

Insumos

- Marcadores
- Laminas
- Hojas de colores
- Hojas blancas

Resultados

Reducir el Índice de madres adolescentes en la población del municipio de Amecameca.

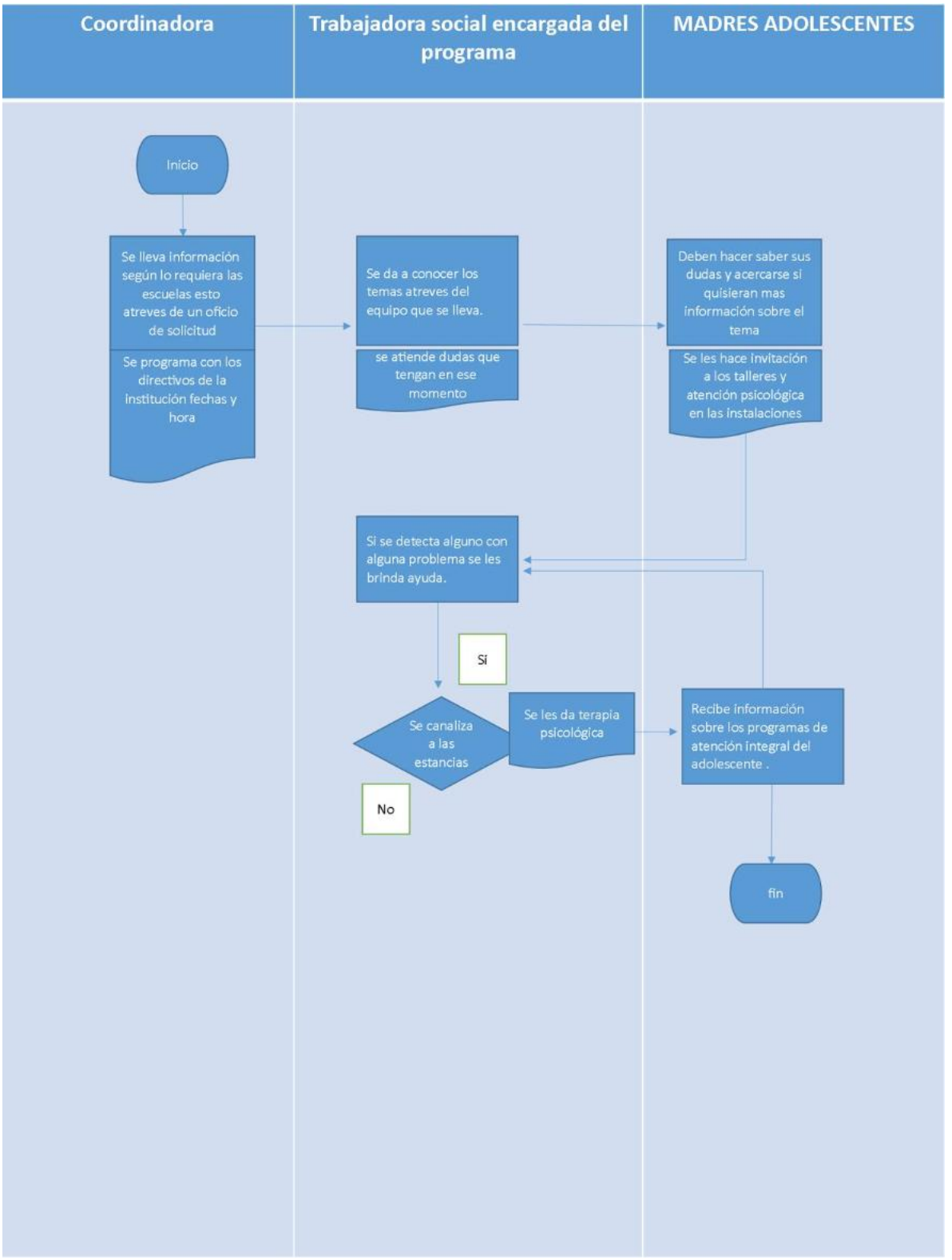
Políticas

- Atención a la madre adolescente por parte del área de Trabajo social.
- Contar con el personal capacitado para la atención a la ciudadanía.
- Dar atención en un lugar adecuado y limpio.
- Proporcionar al trabajador social todo el material necesario para la atención a las madres adolescentes.
- Es obligatorio aplicar los protocolos de prevención y sana distancia para evitar la propagación del virus SARS-COV-2 de manera estricta. En caso contrario no se realizará el procedimiento

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA).**			
Unidad administrativa: **Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar**	Área responsable: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la Actividad**
1	**Trabajador Social**	Platicas informativas	Programar con los directivos de la institución educativa fecha y hora de la plática, de igual manera se lanzará convocatoria para que acudan los Interesados.
2	**Trabajador Social**	Talleres	Realizar los talleres y platicas de sensibilización y realizar los talleres de capacitación para el autoempleo.
3	**Madre adolescente**	Participación de la población	Asiste a los talleres y recibe la información sobre el periodo pre natal y post tal. En su caso se canaliza a atención psicológica.
4	**Trabajador Social**	Registro	Se genera una lista de asistencia, donde se registran los participantes de las actividades y se toman evidencias fotográficas.

Diagramación



Formatos e Instructivos

V I S I T A DOMICILIARIA (AIMA)

FECHA_____

NOMBRE DE LA MADRE ADOLESCENTE
_____EDAD ----------

DOMICILIO_____

OBJETIVO DE LA VISITA:
_____
_____

DESARROLLO DE LA VISITA:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

CONCLUSIONES Y ACUERDOS
:_____
_____

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DEL PROGRAMA AIMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se realizará visita domiciliaria a la madre adolescente que lo solicite, para la evaluación de su situación.
2. Se anotará el nombre de la madre adolescente.
3. Se anotará la edad de la madre adolescente.
4. Se anotará el domicilio de la madre adolescente.
5. Se anotará el objetivo de la visita a la madre adolescente.
6. Se anotará la evaluación de los resultados de la visita domiciliaria.
7. Se anotarán las conclusiones y acuerdos de la visita domiciliaria.

Lista De Asistencia

Atencion Integral A Madres Adolescentes (AIMA)

TEMA DE LA PLÁTICA ----------

FEHA ---------- LUGAR ----------

N.P.	NOMBRE	EDAD
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1.- Se anotará el nombre de la plática que se impartirá a las madres adolescentes

2.- se anotará la fecha de la plática programada

3.- Se anotará el nombre del lugar donde se impartirá la platica

4.- Se anotará el nombre de la madre adolescente de 12 a 18 años de edad.

5.-Se anotará la edad de la de la madre adolescente de 12 a 18 años de edad.

6.- El responsable del programa firmara y sellara

PROCEDIMIENTO 4: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE.

Objetivo

Ejecutar las acciones enfocadas a los adolescentes del municipio de Amecameca por medio de pláticas, talleres, jornadas y actividades de su interés, para prevenir y reducir las conductas de riesgo.

Referencias

- Convención de los derechos del niño. -Unicef. -20/11/1989
- Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México. -Año de Publicación: 07/05/2015.

Definiciones

Adolescencia: Es un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta.

Sexo: Características biológicas y físicas que te definen como hombre o mujer.

Género: Características psicológicas biológicas y sociales que con las que te identificas y que te definen como femenino y masculino.

Insumos

- Proyector
- Hojas
- Portafolio
- Globo

Resultados

Reducir las conductas de riesgo en los adolescentes del municipio de Amecameca, así como los embarazos en la adolescencia.

Políticas

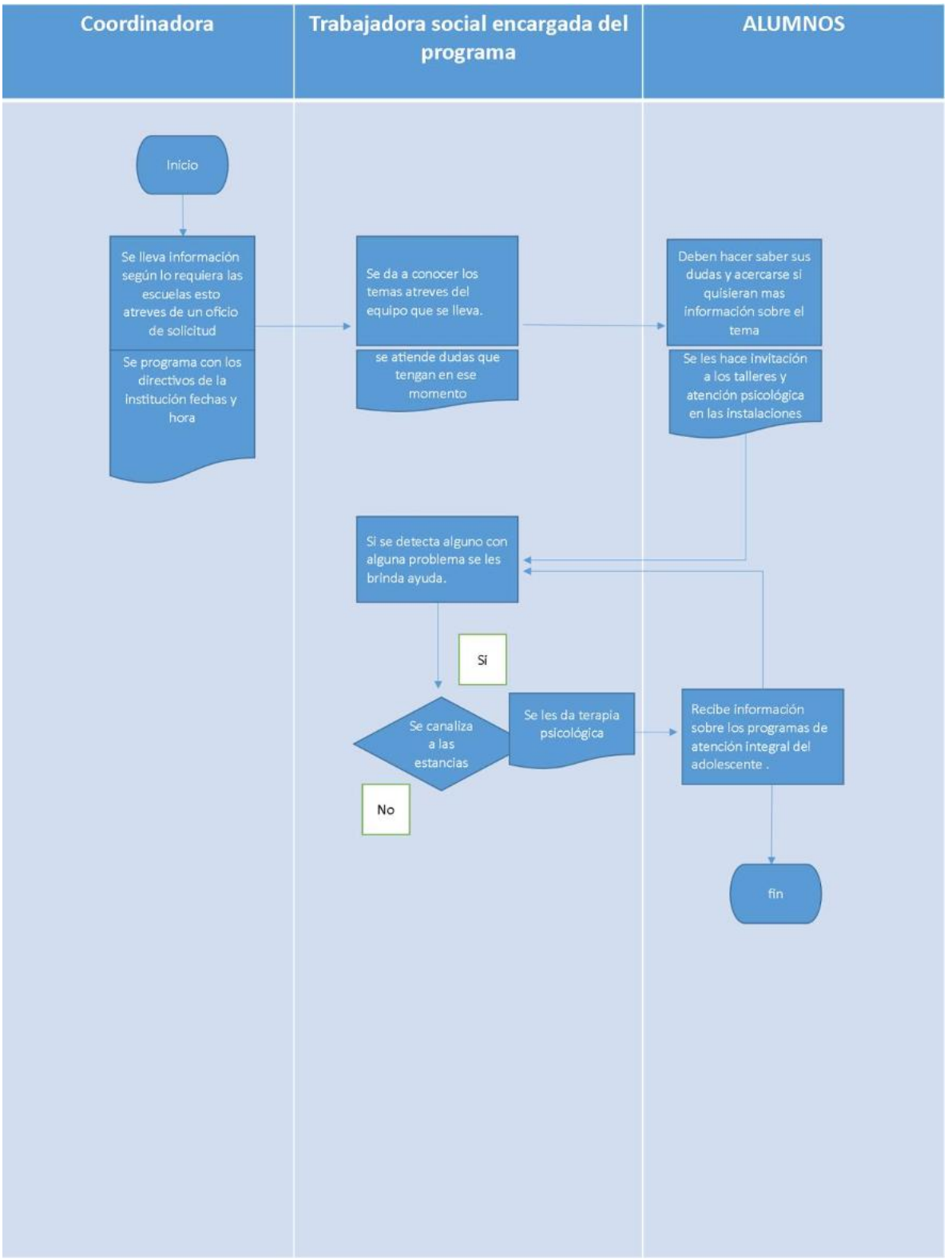
- Atención al adolescente por parte del área de Trabajo social,
- Contar con el personal capacitado para la atención de los adolescentes,
- Dar atención en un lugar adecuado y limpio.
- Proporcionar al trabajador social todo el material necesario para la atención a los adolescentes.
- Es obligatorio aplicar los protocolos de prevención y sana distancia para evitar la propagación del virus SARS-COV-2 de manera estricta. En caso contrario no se realizará el procedimiento.

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa de Atención Integral al Adolescente (AIA).**			
Unidad administrativa: **Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar**	Área responsable: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la Actividad**
1	**Coordinador(a)**	Platicas informativas	Programa con los directivos de la institución educativa fecha y hora del taller.
2	**Trabajador Social**	Talleres	Brinda información sobre la atención integral del adolescente sobre: • La prevención del embarazo adolescente. • Información de los roles que juegan los adolescentes y los padres de familia. • Información de los roles que juegan los adolescentes y los padres de familia. Se imparten actividades que promuevan el desarrollo pleno en los adolescentes (recreativas, culturales y deportivas).
3	**Trabajador Social**	Talleres	Asiste a los talleres y recibe la información sobre el programa de atención integral del adolescente. En su caso se canaliza a atención psicológica.
4	**Trabajador Social**	Registro	Se genera una lista de asistencia, donde se registran les participantes de las actividades y se toman evidencias fotográficas.

Diagramación



Formatos e Instructivos

TEMA DE LA PLÁTICA ----------

FEHA ---------- LUGAR ----------

N.P.	NOMBRE	EDAD	FIRMA
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FIRMA DEL DIRECTOR SELLO RESPONSABLE DEL PROGRAMA.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Se anotará el tema de la plática.
- Anotar la fecha en que se realiza la plática.
- Anotar la institución o lugar donde se realiza la plática.
- Se anotará el nombre de la persona beneficiaria.
- Se anotará la edad de la persona beneficiaria.
- La persona beneficiaria firmara en el apartado correspondiente.
- El director anotara su nombre y su firma.
- Se sellará con el sello de la institución.
- El responsable del programa firmara y sellara.

PROCEDIMIENTO 5: PROGRAMA DE RED DE DIFUSORES INFANTILES

Objetivo

Promover la cultura de respeto, valores, equidad y democracia, mediante la difusión de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema Municipal DIF, a través de la Coordinación de Prevención y Bienestar Familiar.

Referencias

Convención sobre los derechos del niño. - 20/11/1989

Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México. -Año de Publicación: 07/05/2015.

Gaceta de gobierno de Prevención y Bienestar Familiar. – 2013

Definiciones

Difusor infantil: promueve los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Insumos

- Contar con la participación de Niñas, niños y adolescente que cumplan con los siguientes requisitos:
- Tener entre 10 y 17 años 11 meses de edad.
- Ser parte de la población atendida por el Sistemas Municipales DIF.
- Tener conocimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Tener conocimiento e interés sobre la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y -Adolescentes y la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.
- Conocer las costumbres del Estado de México y específicamente de su municipio.
- Asumir compromiso de ser promotor de los derechos y obligaciones de las niñas, niños y adolescentes.
- Servir como vocera o vocero infantil de su municipio.
- Fomentar valores de equidad, democracia, tolerancia y amor a la patria.

Resultados

Selección de un difusor Infantil que realice la promoción y difusión de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que represente al municipio.

Políticas

EI DIF Municipal nombra un coordinador de programa Red de Difusores infantiles el cual será responsable de la aplicación, seguimiento y evaluación del programa en sus comunidades.

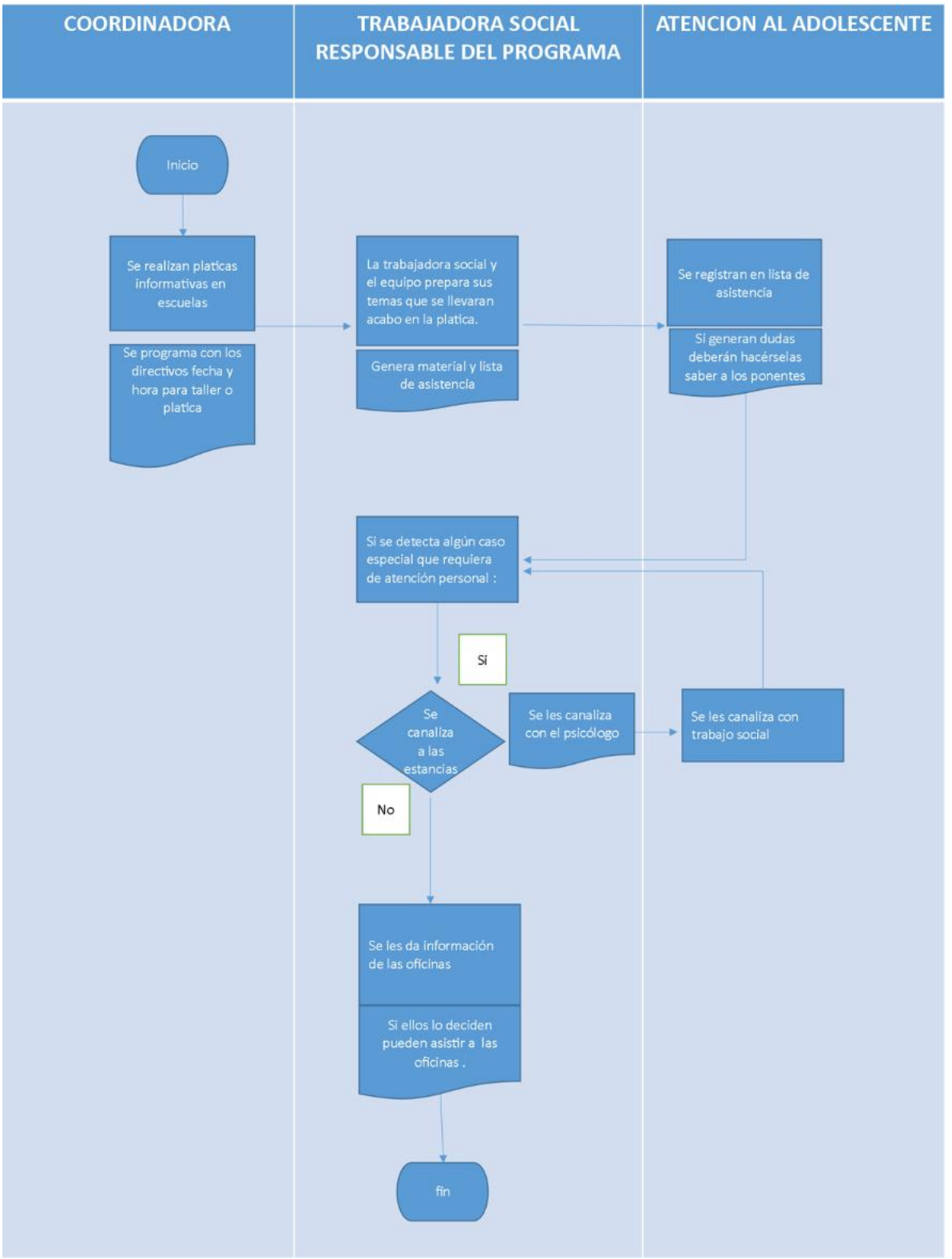
El promotor municipal, deberá conocer la situación de la infancia y adolescencia a través del Diagnóstico de Factores de riesgo aplicado en el municipio, así como de formar la red local de difusores infantiles.

El promotor municipal promoverá y difundirá la formación de grupos de niños, niñas y adolescentes y/o grupos de padres de familia para la difusión de los derechos de los niños.

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa de Red de Difusores Infantiles**			
Unidad administrativa: **Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar**	Área responsable: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la Actividad**
1	**Programa RDI**	Platicas	Programar con los directivos de la institución educativa fecha y hora de la plática.
2	**Programa RDI**	Formación de la Red de difusores infantiles	Conformar los grupos infantiles de trabajo con el apoyo de autoridades educativas
3	**Programa RDI**	Taller	Impartir las sesiones acordes a las reglas de operación que marca el manual del programa red de difusores infantiles otorgado por DIFEM.
4			

Diagramación



Formatos e Instructivos

LISTA DE ASISTENCIA
RED DE DIFUSORES INFANTILES

TEMA DE LA PLATICA ----------

FECHA ---------- LUGAR ----------

N.P.	NOMBRE	EDAD
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

FIRMA DEL DIRECTOR SELLO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Se anotará el tema de la plática.
- Anotar la fecha en que se realiza la plática.
- Anotar la institución o lugar donde se realiza la plática.
- Se anotará el nombre de la persona beneficiaria.
- Se anotará la edad de la persona beneficiaria.
- El director anotara su nombre y su firma.
- Se sellará con el sello de la institución.
- El responsable del programa firmara y sellara.

PROCEDIMIENTO 6: PROGRAMA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR INFAM

Objetivo

Fomentar o brindar una orientación para reforzar el vínculo familiar, a través de brindar orientación a los niños, niñas y adolescentes en las escuelas y a las parejas para la formación de la familia.

Referencias

Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. - Año de Publicación: 07/09/2010.

Definiciones

INFAM: programa donde se imparten platicas y talleres de escuela para padres y el fomento de habilidades para la formación de la pareja.

Insumos

- Proyector
- Lápices hojas
- Computadora
- Listas de asistencia

Resultados

Con las pláticas se logra abrir un poco más su panorama de vida y se hace concientización de que pueden llevar una mejor calidad de vida.

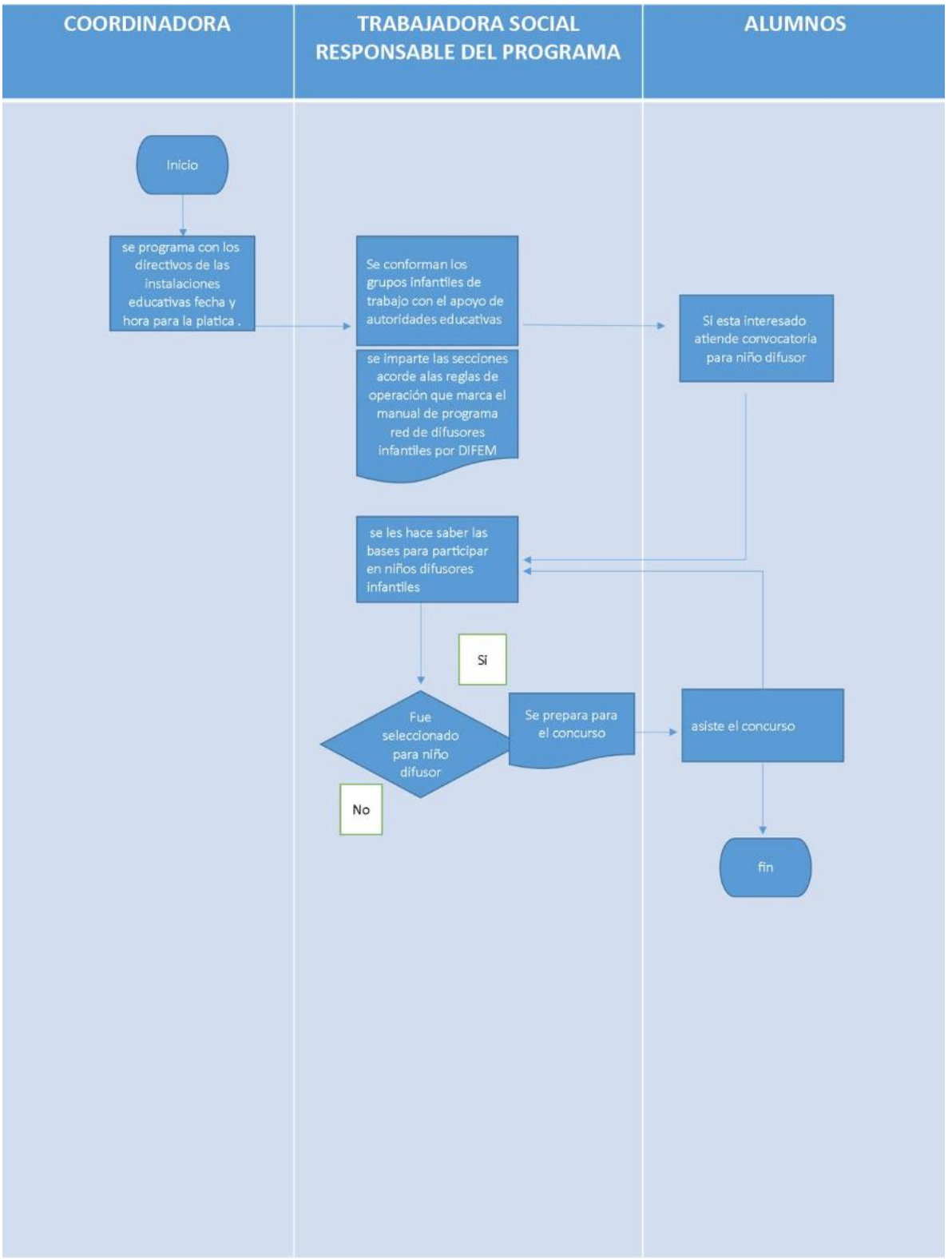
Políticas

1. Ser habitante del municipio de Amecameca o sus delegaciones.
2. Estar comprendido dentro de algún tipo de vulnerabilidad que requiera el servicio de atención psicológica de Trabajo Social.
3. Cumplir con los requisitos correspondientes a su trámite.

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa de Integración Familiar**			
Unidad administrativa: **Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar**	Área responsable: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la Actividad**
1	**Psiologo**	Convocatoria	Imparten el programa de INFAM en el cual se realizan talleres de escuela para padres para el desarrollo de habilidades para la formación de la pareja y la familia.
2	**Escuelas**	Talleres y platica	Se visitan a las escuelas del municipio para impartir los talleres y platicas.
3	**Psicología**	Orientación	Se gestionó en el área de psicología para que en conjunto con trabajo social se impartan los talleres.
4	**Trabajo social**	Detección	Por esta área se detectan las problemáticas que hay en las escuelas con los alumnos y la sociedad, así como con los padres y hogares.

Diagramación



Formatos e Instructivos

TEMA DE LA PLÁTICA ----------

FEHA ---------- LUGAR ----------

N.P.	NOMBRE	EDAD	FIRMA
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FIRMA DEL DIRECTOR SELLO RESPONSABLE DEL PROGRAMA.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Se anotará el tema de la plática.
- Anotar la fecha en que se realiza la plática.
- Anotar la institución o lugar donde se realiza la plática.
- Se anotará el nombre de la persona beneficiaria.
- Se anotará la edad de la persona beneficiaria.
- La persona beneficiaria firmara en el apartado correspondiente.

PROCEDIMIENTO 7: PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE LA MUJER (SMM)

Objetivo

Promover la equidad de género, así como la salud mental de las mujeres del municipio de Amecameca atreves de técnicas psico-educativas, para lograr su desarrollo integral y fortalecimiento como sociedad, resaltar el papel que desempeña la mujer hoy en día realizando acciones enfocadas a la dignificación de la mujer.

Referencias

- Ley de Asistencia Social del Estado de México. - Año de Publicación: 07/09/2010.
- NOM-025-SSA2-2012, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral.
- NOM-035-SSA2-1993, atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido.
- NOM-035-SSA2-2002 para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer.
- NOM-046-SSA-2005 violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Criterios para la prevención y atención.

Definiciones

Salud mental: Es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural que garantiza que sus derechos no sean vulnerados, promoviendo que dirijan su vida de forma plena.

Orientación: Es ayuda que te brinda un psicólogo sobre un tema en particular, actividades o situaciones (violencia) que no se deben presentar dentro del núcleo familiar o en la relación de pareja.

Insumos

Buena disposición y cooperación del usuario.

Resultados

Entrega de reconocimiento por su participación.

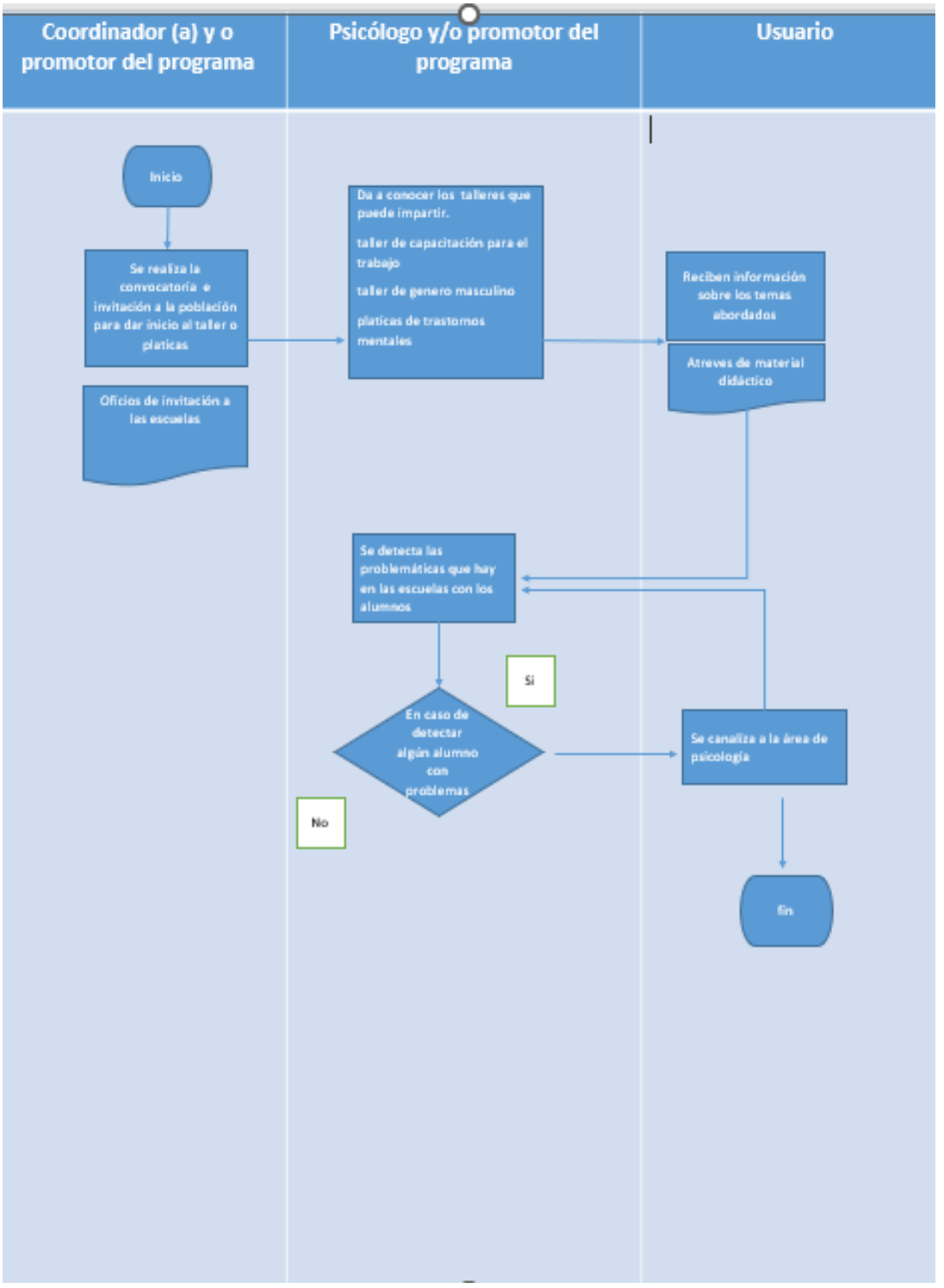
Políticas

- La asistencia a talleres, tanto de género masculino, autoempleo y prevención de la depresión deberá de ser de un 80% para la entrega de reconocimientos.
- Asistir puntualmente a las 8 sesiones de 2 horas cada sesión Mujeres de 19 a 59 años.
- Participar activamente en los talleres.
- Asistir a las pláticas y talleres de su interés, interactuar de forma respetuosa con los demás y cumplir con las actividades que el facilitado solicite.

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa de Salud Mental de la Mujer (SMM).**			
Unidad administrativa: **Coordinación Prevención y Bienestar Familiar**	Área responsable: Coordinación de Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	Responsable	Nombre de la Actividad	Desarrollo de la Actividad
1	**Coordinador(a) y/o promotor del programa**	Convocatoria	Realiza la convocatoria e invitación a la población para dar inicio al taller o platica. Programara con los directivos de la institución educativa fecha y hora del taller.
2	**Psicólogo(a) y/o promotor del programa**	Talleres y platicas	Imparten los siguientes talleres: • Taller de capacitación para el trabajo. • Taller de prevención de depresión. • Taller de género masculino. Platicas de trastornos emocionales.
3	**Usuario**	Participación de la población	Recibe información sobre la prevención de trastornos emocionales; el rol que juega el sexo masculino en la sociedad; y participa en los talleres de capacitación con el material necesario para facilitar el aprendizaje; Y es canalizado en su caso al área de Psicología.
4	**Psicólogo(a) y/o promotor del programa**	Detección	Se detectan las problemáticas que hay en las escuelas con los alumnos y la sociedad, así como en los padres y hogares.
	Usuario	Participación de la población	Es canalizado en su caso al área de Psicología.
	Coordinador(a) y/o promotor del programa	Registro	Al concluir el taller se genera una lista de asistencia, donde se registran los participantes de las actividades y se toman evidencias fotográficas. Y se entrega de Constancia a los participantes.

Diagramación



Formatos e Instructivos

HOJA FRONTAL

No. Expediente: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Psicólogo (a) y/o Psiquiatra Tratante: _____

FECHA DE INASISTENCIA

DIA	MES	AÑO

Fecha y motivo de alta: _____

Fecha y motivo de baja: _____

Diagnóstico (s): _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Se llena con los datos de pacientes.
- Se pone fecha y motivo de alta.
- Se coloca un diagnóstico.

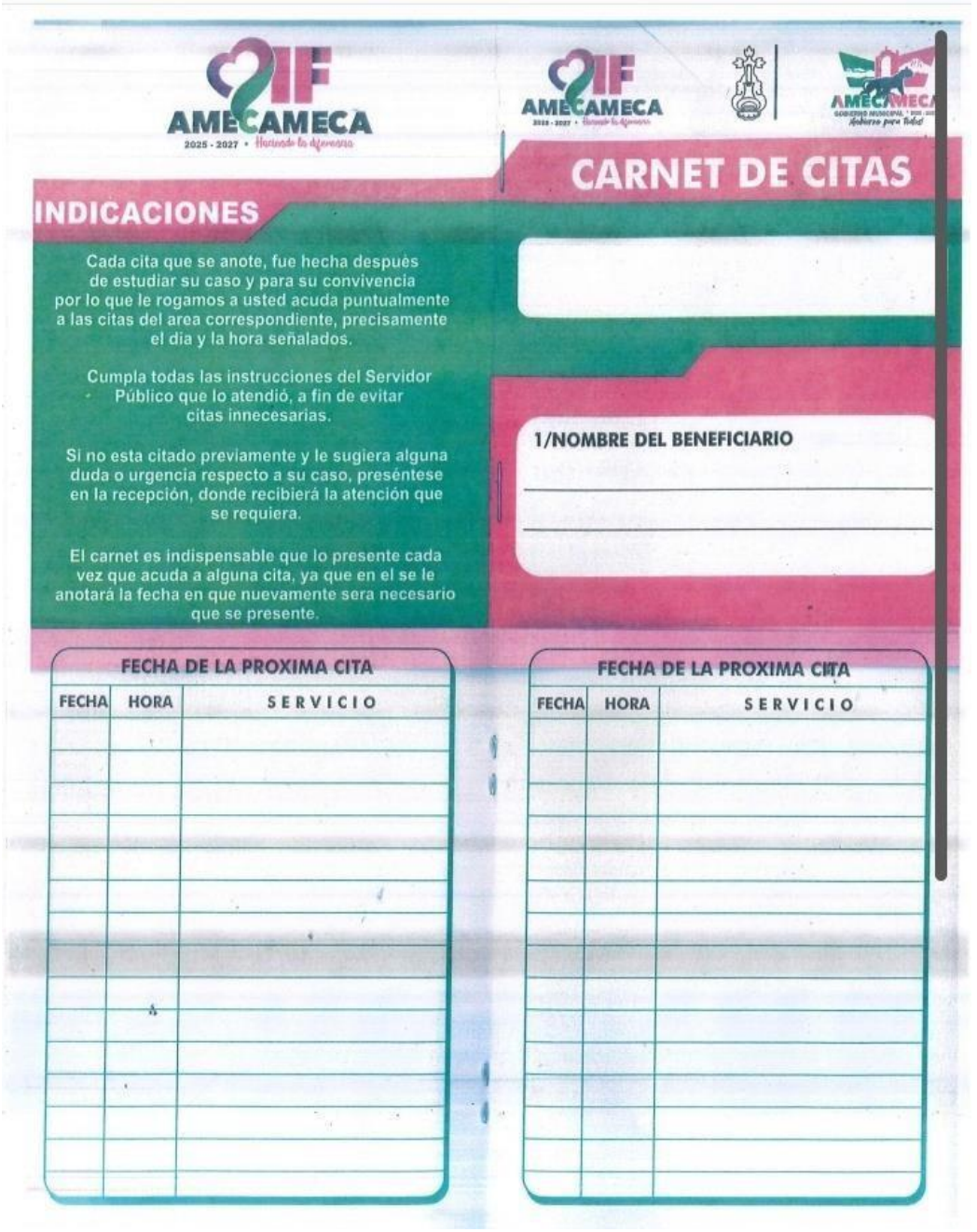
HOJA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	No. REGISTRO	FECHA INGRESO	NO. HOJA

ESPECIALISTAS	EVOLUCIONES ORDENES Y TRATAMIENTO
ESPECIALIDAD	
FECHA	
HORA	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Se anotarán datos del paciente
- Se coloca fecha y especialidad
- Se coloca breve resumen de situación por la cual el paciente acude al servicio.



DIF AMECAMECA 2025 - 2027 • Haciendo la diferencia

CARNET DE CITAS

INDICACIONES

Cada cita que se anote, fue hecha después de estudiar su caso y para su convivencia por lo que le rogamos a usted acuda puntualmente a las citas del area correspondiente, precisamente el dia y la hora señalados.

Cumpla todas las instrucciones del Servidor Público que lo atendió, a fin de evitar citas innecesarias.

Si no esta citado previamente y le sugiera alguna duda o urgencia respecto a su caso, preséntese en la recepción, donde recibierá la atención que se requiera.

El carnet es indispensable que lo presente cada vez que acuda a alguna cita, ya que en el se le anotará la fecha en que nuevamente sera necesario que se presente.

1/NOMBRE DEL BENEFICIARIO

FECHA DE LA PROXIMA CITA

FECHA	HORA	SERVICIO

FECHA DE LA PROXIMA CITA

FECHA	HORA	SERVICIO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Se anotarán datos del paciente
- Se colocan las fechas de citas programadas en agenda
- Se realiza pago de servicio, mismo que se realiza en farmacia del SMDIF Amecameca.

PROCEDIMIENTO 8: TALLERES

Objetivo

Otorgar oportunidades de desarrollo a la población, a través de una capacitación que aumenten sus conocimientos para beneficio de sus familias y de igual forma puedan producir y obtener un ingreso para su hogar.

Referencias

Ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social, de carácter municipal, denominados "Sistemas municipales para el desarrollo integral de la Familia". - Gobierno del Estado de México Año de Publicación: 1985.

Definiciones

Taller: se entiende un proceso de intercambio de experiencias, ideas y actitudes con el fin de generar conocimientos, es preferible optar por un enfoque participativo para la orientación de todo el trabajo. Se acompaña de una demostración práctica.

Insumos

- Espacio
- Mobiliarios
- Material
- Instructor

Resultados

Dar oportunidades de desarrollo a la población, a través de una capacitación que brinde las herramientas necesarias para la integración al sector productivo.

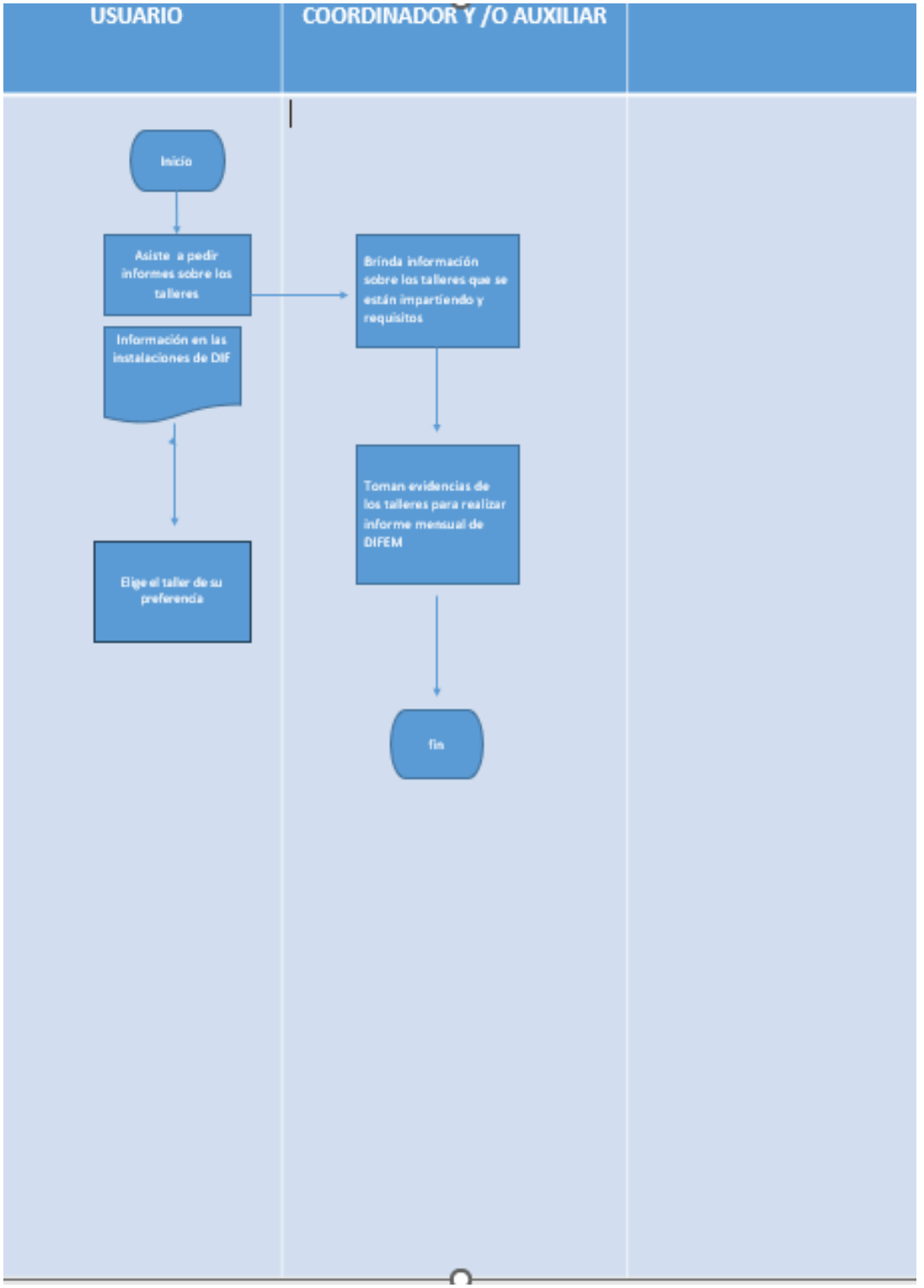
Políticas

- Contar con el personal capacitado para impartir las clases a los alumnos que asisten a los talleres.
- Proporcionar un espacio adecuado para la impartición de clases.
- Capacitar a las alumnas que asisten a las clases para que obtengan conocimientos necesarios para su desenvolvimiento en el ámbito laboral.
- Es obligatorio aplicar los protocolos de prevención y sana distancia.

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa de Salud Mental de la Mujer (SMM).**			
Unidad administrativa: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar	Área responsable: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la Actividad**
1	**Usuario**	Participación de la población	Asiste a pedir informes sobre los talleres.
2	**Coordinador(a) y/o auxiliar**	Proporcionar información de talleres y platicas	Informa sobre los talleres que se imparten y requisitos.
3	**Usuario**	Participación de la población	Elige el taller de su preferencia.
4	**Coordinador(a) y/o auxiliar**	Inscripción	Inscribe al ciudadano al Taller de su elección.
	Usuario	Participación de la población	Asiste al taller de su elección.
	Coordinador(a) y/o auxiliar	Evidencia	Toma evidencias, entrega reporte mensual a Sistema Estatal DIF

Diagramación



PROCEDIMIENTO 9: SERVICIO DE COMEDOR.

Objetivo

Brindar comida caliente a las personas que acuden al SMDIF proporcionando por medio del comedor comunitario alimentos nutritivos de calidad y en cantidades suficientes a bajo costo.

Referencias

- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. - Año de Publicación: 07/09/2010.
- Ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social, de carácter municipal, denominados "Sistemas municipales para el desarrollo integral de la Familia". Gobierno del Estado de México Año de Publicación: 1985
- Manual de Organización del SMDIF Amecameca. - julio 2022

Definiciones

- Comedor comunitario: Organizaciones o centros que preparan comidas o celebran reuniones para su distribución, ya sea dentro o fuera de las instalaciones de los beneficiarios más necesitados los cuales no residen en las instalaciones. Las comidas se ofrecen a poco o ningún costo.
- Nutrición: Preparación de platillos nutritivos para las personas que acuden al comedor.
- Higiene: Manejo de los alimentos evitando cualquier posible enfermedad de los beneficiados.

Insumos

- Espacio físico apropiado, mobiliario y utensilios necesarios.
- Planeación y adquisición de insumos.
- Personal responsable de preparar los alimentos.

Resultados

Operación del servicio del comedor del SMDIF.

Políticas

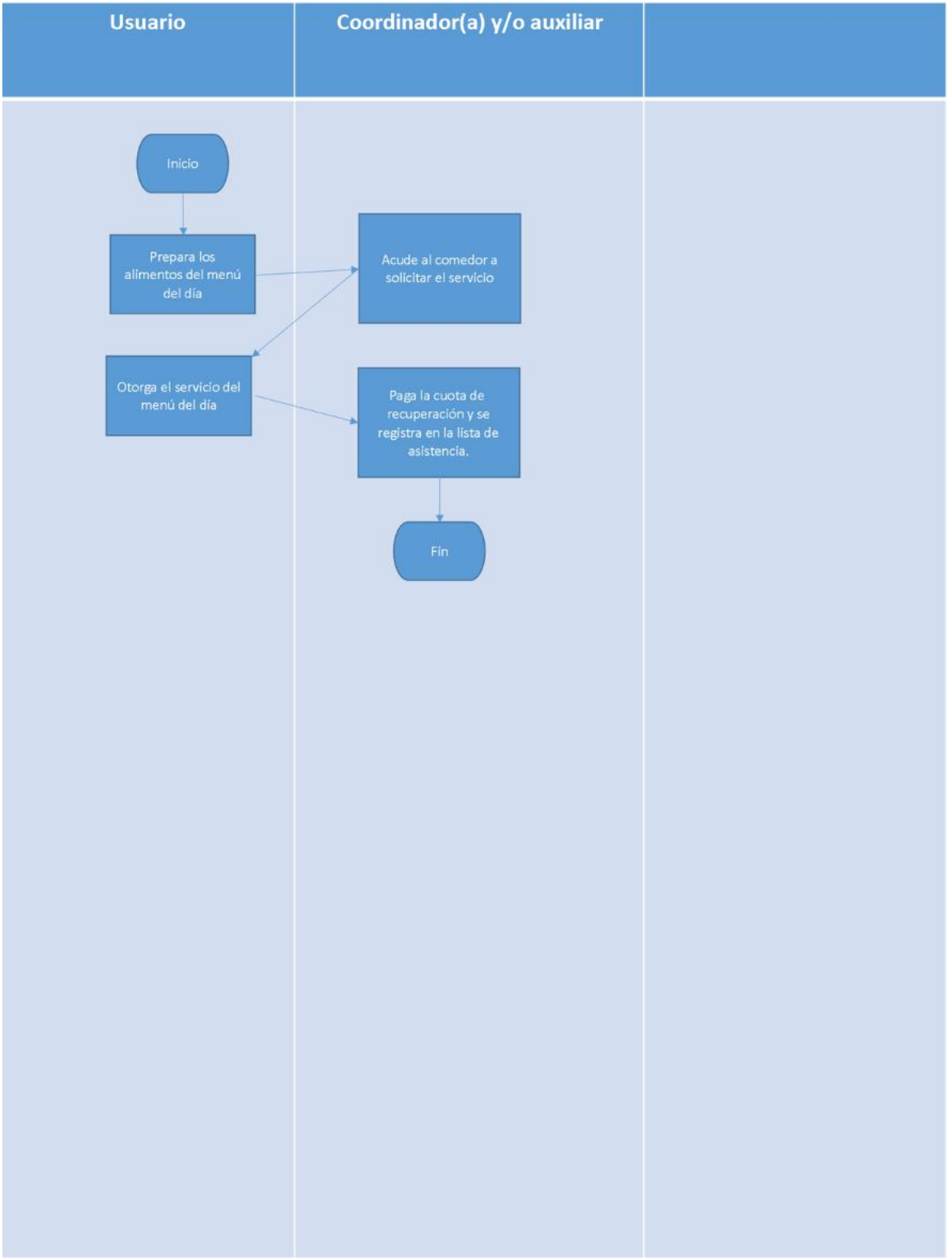
- Preparación de alimentos y cafetería en la cocina del SMDIF.
- Cuidar los electrodomésticos y enseres de la cocina a su cargo.
- Mantener limpia y en buenas condiciones la cocina y el espacio del comedor.
- Organización de alimentos: Creación de platillos de bajo costo y cálculo de las raciones a preparar según el número de personas a beneficiar.
- Administración: Listados mensuales de asistencia al comedor, control de inventario, etc.
- Llevar el registro de los asistentes al comedor.
- Es obligatorio aplicar los protocolos de prevención y sana distancia para evitar la propagación del virus SARS-COV-2 de manera estricta.
- Los alimentos pueden ser preparados para llevar o pueden o no tener un área para que las personas que acuden puedan comer sus platillos en ese momento.

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Programa de Salud Mental de la Mujer (SMM).**			
Unidad administrativa: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar	Área responsable: Coordinación de Servicios Comunitarios, Prevención y Bienestar Familiar .		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la Actividad**
1	**Auxiliar de Servicios Comunitarios**	Preparación	Prepara los alimentos del menú del día.
2	**Usuario**	Participación de la población	Acude al comedor a solicitar el servicio.
3	**Auxiliar de Servicios Comunitarios**	Servicio	Otorga el servicio del menú del día.
4	**Usuario**	Participación de la población	Paga la cuota de recuperación y se registra en la lista de asistencia.

AMECAMECA
2025 - 2027 • Haciendo la diferencia

Diagramación



PROCEDIMIENTO 10: ATENCIÓN A REPORTES DE VULNERACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Objetivo

- Procurar la protección integral de niñas, niños y adolescentes que prevé la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Tratados Internacionales, la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Dicha protección integral deberá abarcar, por lo menos:
- Atención médica y psicológica;
- Seguimiento a las actividades académicas y entorno social y cultural,
- La inclusión, en su caso, de quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes en las medidas de rehabilitación y asistencia.

Referencias

- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niñas y Adolescentes, y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014, última reforma el 24 de diciembre del 2024.
- Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México, y publicada el 7 de mayo del 2015, última publicación 27 de diciembre del 2024.

Definiciones

- Acciones Afirmativas: A las medidas temporales que las autoridades realizan en el ámbito de su competencia cuyo objetivo es corregir situaciones de desigualdad en el goce y disfrute de los derechos para lograr la igualdad entre niñas, niños y adolescentes. Se adecuarán a la situación a remediar y deberán ser legítimas y respetar los principios de justicia y proporcionalidad.
- Acciones de Prevención: A aquellas que deben realizarse por las entidades públicas, privadas, sociales y la sociedad en general, a fin de evitar que se vulneren los derechos y las condiciones de vida de las niñas, niños y adolescentes, así como las situaciones que pongan en riesgo su supervivencia y desarrollo.
- Adolescente: A toda persona cuya edad esté comprendida entre los doce años y menor a los dieciocho años, cuando exista duda de si se trata de una persona mayor de dieciocho años de edad, se presumirá que es adolescente.
- Adopción Internacional: A aquella que se realice en términos de lo dispuesto por los tratados internacionales en la materia, especialmente en la Convención sobre la Protección de Menores y Cooperación en materia de Adopción Internacional.
- Atención Integral: Al conjunto de acciones que deben realizar las entidades públicas, privadas y sociales, familia y la sociedad en general a favor de las niñas, niños y adolescentes, tendientes a satisfacer sus necesidades básicas, propiciar su desarrollo integral y garantizar el goce de sus derechos.

- Centro de Asistencia Social: Al establecimiento, lugar o espacio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar que brindan instituciones públicas, privadas y asociaciones.
- Crianza positiva: Al conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación, guía y cualquier otra, que llevan a cabo las madres, padres, así como cuidadoras y cuidadores, que permiten el adecuado desarrollo físico, emocional y psicosocial de las niñas, niños y adolescentes, atendiendo a su interés superior, así como a la evolución de sus facultades, necesidades, motivaciones y aspiraciones, respetando irrestrictamente sus derechos humanos y evitando en todo

Insumos

- Papelería
- Carpetas
- Bolígrafos
- Tinta de impresora

Resultados

Reintegración y/o Restitución de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Políticas

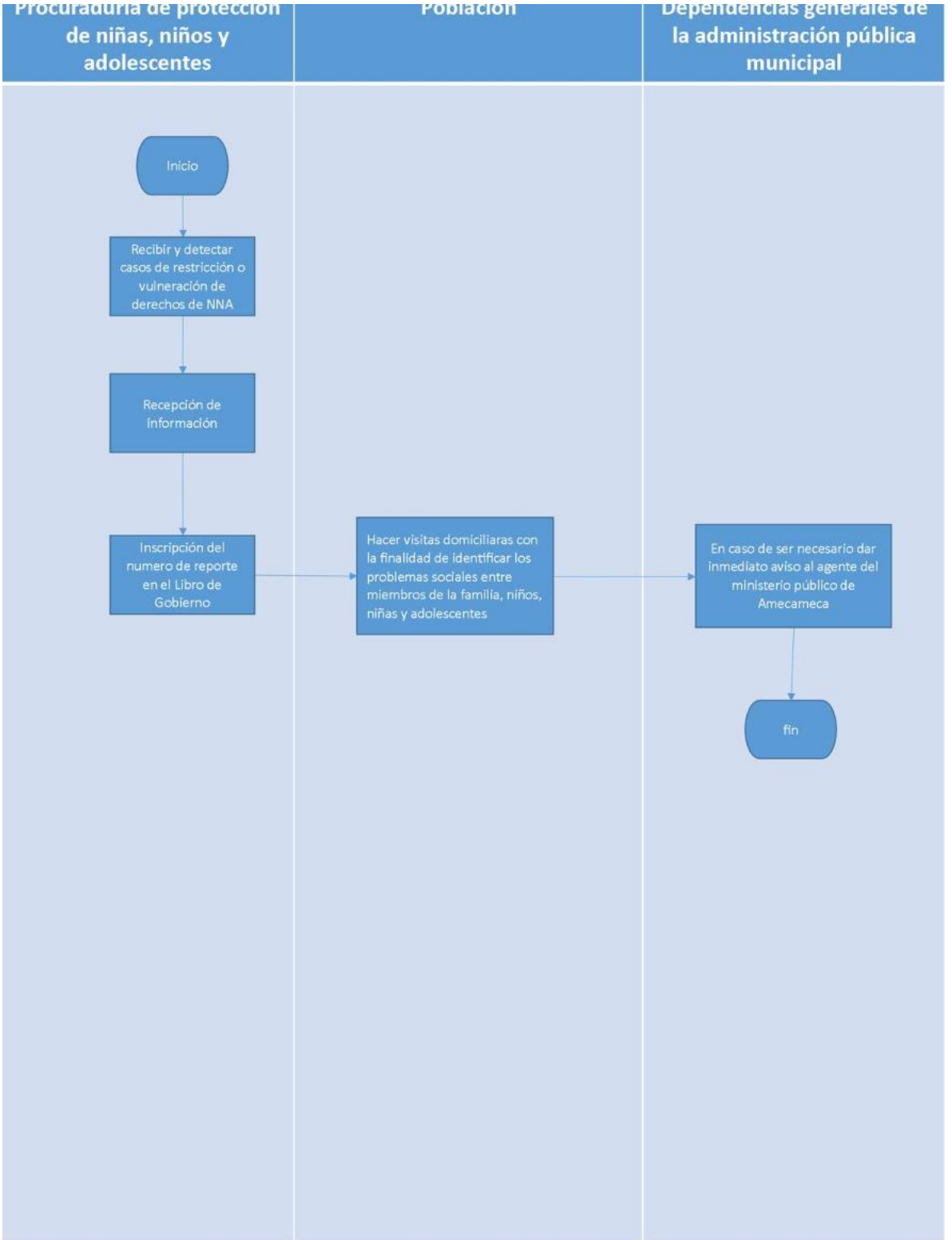
Dar seguimiento a reportes de supuesta vulneración de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

Desarrollo

Descripción del procedimiento:	
Unidad Administrativa Puesto	**Actividad**
✓ Ministerio Publico ✓ Procuraduría Estatal (DIFEM) ✓ Ciudadanía en General	Detectar o recibir casos de restricción y vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.
✓ Ministerio Publico ✓ Procuraduría Estatal (DIFEM) ✓ Ciudadanía en General	Recepción de la información por cualquier vía de comunicación.
PMPNNA	Inscripción del número de reporte en el Libro de Gobierno correspondiente.
PMPNNA	Verter de manera adecuada la información en el instrumento "ACTA CIRCUNSTANCIADA" el cual, bajo toda condición y sin excepción alguna, debe contar con NÚMERO DE REPORTE.
PMPNNA	Apertura del expediente interno, en relación al número de reporte generado.
PMPNNA	ANTECEDENTES: - Antecedente documental por medio del cual llega el asunto - Acta Circunstanciada -Oficio de Comisión del primer acercamiento
PMPNNA	ANEXOS: - Actas de nacimiento - CURP - INE - Comprobante de Domicilio
PMPNNA	TRABAJO SOCIAL - Realiza Diagnóstico Social - Apertura expediente
PMPNNA	ÁREA MÉDICA: - Valoración en presencia de padre, madre o tutor - Notas
PMPNNA	PSICOLOGÍA: - Valoraciones - Notas de acercamiento -Entrevista semiestructurada - Aplicación de pruebas - Acompañamiento
PMPNNA	ÁREA JURÍDICA: -Identifica los derechos vulnerados o restringidos - Realiza notas jurídicas de visitas -Inicia carpetas de investigación- Realiza acompañamiento a Ministerio Público -Ingresa a Niñas, Niños y Adolescentes a Centros de Asistencia Social.
PMPNNA	ACUERDO MULTIDISCIPLINARIO
PMPNNA	SEGUIMIENTO

Diagramación



PROCEDIMIENTO 11: PROGRAMA DE PROYECTOS PRODUCTIVOS HORTA-DIF

Objetivo

Crear conciencia entre la población de cada una de las diferentes comunidades, así como en los alumnos, padres de familia y planteles educativos del municipio para fomentar la creación de huertos comunitarios, cultivo de hortalizas y crianza de animales de corral.

Referencias

Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. - Año de Publicación: 07/09/2010.

Reglas de operación del Programa de Desarrollo Social Apoyos Productivos Comunitarios del Estado de México. -Última actualización 31/01/2024

Definiciones

DIFEM: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de las Familias.

HORTA DIF: Huertos Comunitarios

Insumos

-Oficio de petición del plantel educativo o personas que deseen la creación de un huerto comunitario, Espacio requerido para la colocación del huerto comunitario.

Resultados

El beneficiado recibe huertos comunitarios y escolares, así como semillas, plantas, árboles y plántula de diferentes especies para un auto autoconsumo de los mismos.

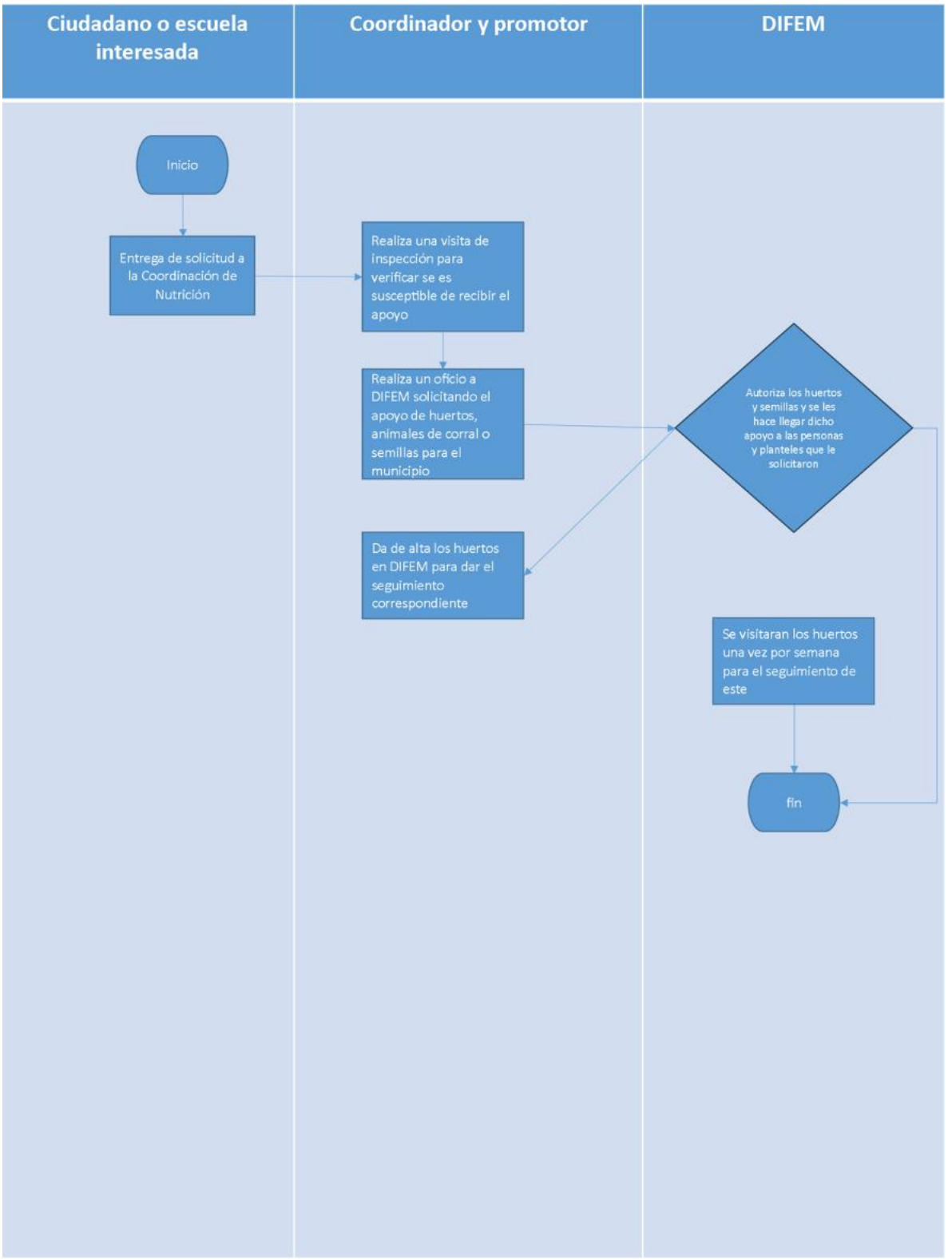
Políticas

- Únicamente se entregan huertos escolares y comunitarios a las personas y planteles que tengan el espacio requerido para su colocación y con el compromiso que le den seguimiento al mismo.
- Se abastece de semilla a las personas que cuenten con huertos o plantíos.
- Entregar una copia del INE.

Desarrollo

Nombre de la actividad: Programa de proyectos productivos- Horta-DIF			
Unidad administrativa: Coordinación de Alimentación y Nutrición Familiar	Área responsable: Coordinación de alimentación y Nutrición Familiar		
Descripción de actividad			
No. de paso	Responsable	Nombre de la Actividad	Desarrollo de la actividad
1	Ciudadano o Escuela interesado	Entrega de solicitud	Entrega de solicitud a la Coordinación de Nutrición.
2	Coordinador(a) de Nutrición y/o auxiliar	Inspección	Realiza una visita de inspección para verificar si es susceptible de recibir el apoyo.
3	Coordinador(a) de Nutrición y/o auxiliar	Elaboración de oficio	Realiza un oficio a DIFEM solicitando el apoyo de huertos, animales de corral o semillas para el municipio
4	DIFEM	Esperar autorización	Autoriza DIFEM los huertos, semillas y se les hace llegar dicho apoyo a las personas y planteles que lo solicitaron.
5	Coordinador(a) de Nutrición y/o auxiliar	Dar de alta	Registrar el alta de los huertos en DIFEM para dar el seguimiento correspondiente.
6	Promotor del programa del SMDIF y enlace de DIFEM	Visitar huertos	Se visitará los huertos una vez por semana para el seguimiento de este.

Diagramación



Medición: Registro de Huertos constituidos/ POA mensual/ Reportes Trimestrales.

Formatos e Instructivos

Formatos e Instructivos

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO | ESTADO DE MÉXICO ¡El poder de servir! | DIF ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar
Subdirección de Proyectos Alimentarios
Departamento de HORTADIF
Programa Bienestar y Desarrollo Comunitario

FORMATO ÚNICO DE REGISTRO

FO200C0101040202L/802/2024

Instrucciones: Se debe llenar el original, con letra de molde, con tinta azul de bolígrafo y utilizando letras mayúsculas. Rellene una opción según corresponda(n). Es indispensable proporcionar la información solicitada en las secciones: datos de persona beneficiaria y domicilio de la persona beneficiario

(1) FOLIO

(2) Fecha: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (D D M M A A A A) (3)Alta ☐ (4) Actualización ☐ (para uso exclusivo del departamento)

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

(5) Primer Apellido (Paterno) _____

(6) Segundo Apellido (Materno) _____

(7) Nombre(s) _____

(8) Fecha de Nacimiento |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (D D M M A A A A) (9) Género: Mujer ☐ Hombre ☐

(10) Estado Civil: Soltera / Soltero ☐ Casada / Casado ☐ Viuda / Viudo ☐ Divorciada / Divorciado ☐ Amasiato (U. Libre) ☐ Separada / Separado ☐ Concubinato ☐

(11) Nacionalidad: _____ (12) Entidad Federativa de Nacimiento _____

(13) Grado de Estudios: Prescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ Técnico ☐ Licenciatura ☐ Ninguna ☐

Otra ☐ Cuál: _____

(14) Clave Única de Registro de Población (CURP) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(15) Tipo de Identificación Oficial: INE ☐ IMSS ☐ Pasaporte ☐ Acta de Nacimiento ☐ Cartilla Militar ☐

Otra ☐ Cuál: _____

(16) Clave de Identificación Oficial |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DOMICILIO DE LA PERSONA BENEFICIARIA

(17) Calle: _____ (18) Número exterior: _____ (19) Número interior: _____

(20) Entre qué calles: _____ (21) y _____ (22) Código Postal |__|__|__|__|__|

(23) Otra referencia del domicilio cerca de: _____

(24) Localidad: _____ (25) Colonia _____

(26) Municipio: _____ (27) Entidad Federativa (Estado) _____

(28) Teléfono fijo con clave lada: _____ (29) Teléfono celular o fax: _____

(30) Correo electrónico: _____@_____

Los dato personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondiente al **Programa Bienestar y Desarrollo Comunitario** a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la incorporación de los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo; lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios y el artículo 3 del Reglamento interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Dicha Base fue registrada ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y podrá ser transmitida en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipio. Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normatividades aplicables, además de otras trasmisiones previstas a la ley. La Unidad Administrativa responsable de la base de datos deferida es el de Departamento de HORTADIF de la Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar del DIF Estado de México y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es Puerto de Palos esq. Álvaro Obregón s/n col. Isidro Fabela C.P 50170, en Toluca, Estado de México Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numerales décimo sexto y décimo séptimo de los Lineamientos para el Manejo, Mantenimiento y Seguridad de los Datos personales, que se encuentran en posesión del Poder Ejecutivo del Estado de México, las dependencias y organismos auxiliares, los fideicomisos públicos y la Procuraduría General de Justicia, como los sujetos obligados de la Ley de Transparencia y Acceso de la Información Pública del Estado de México y Municipios.

(31) Nombre y firma de la persona beneficiada

(32) Nombre y firma de la persona responsable del llenado

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anotará el folio que es brindado por e DIFEM
2. Se anotará la fecha
3. Se colorará con una “x” si es de alta
4. Se colocará con una “x” si es actualizada del programa
5. Se anotará el primer apellido paterno del beneficiario
6. Se anotará el segundo apellido materno del beneficiario
7. Se anotará el nombre completo del beneficiario
8. Se anotará la fecha de nacimiento del beneficiario
9. Se colocará con una “x” el sexo del beneficiario
10. Se colocará con una “x” su estado civil del beneficiario
11. Se anotará su nacionalidad del beneficiario
12. Se anotará su entidad federativa de nacimiento del beneficiario
13. Se colocará con una “x” el grado de estudios del beneficiario
14. Se anotará la clave única de registro población del beneficiario
15. Se colocará con una “x” la identificación oficial del beneficiario
16. Se anotará su clave única de identificación oficial
17. Se anotará el domicilio de la persona beneficiaria
18. Se anotará el número exterior del beneficiario
19. Se anotará el número de interior del beneficiario
20. Se anotará en entre que calle vive el beneficiario
21. Se anotará la calle del beneficiario
22. Se anotará el código postal del beneficiario
23. Se anotará la referencia de donde vive el beneficiario
24. Se anotará la localidad del beneficiario
25. Se anotará la colonia del beneficiario
26. Se anotará el municipio del beneficiario
27. Se anotará la entidad federativa (estado) del beneficiario
28. Se anotará el teléfono fijo con clave lada del beneficiario
29. Se anotará el teléfono celular fijo del beneficiario
30. Se anotará el correo electrónico del beneficiario
31. Se anotará el nombre complete y la firma del beneficiario
32. Se anotará el nombre completo y firma de la persona responsable del llenado

PROCEDIMIENTO 12

Objetivo

Contribuir a mejorar el estado de nutrición de los menores que asisten a la escuela, generando cambios de hábitos en su alimentación que permitan su desarrollo físico e intelectual mediante la preparación de un desayuno inocuo y nutritivo con la despensa proporcionada por DIFEM para los niños, y así tengan una buena alimentación y un mejor desempeño escolar.

Referencias

Ley de asistencia social del Estado de México y Municipios. Año de Publicación: 07/09/2010.

Reglas de operación del programa de DIFEM: Programa Alimentación Escolar para el Bienestar 22/03/2024.

Definiciones

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

DIFEM: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Desayuno Caliente: Integrado por insumos no perecederos del plato del buen comer que permitan el consumo diario de leche descremada y/o agua natural, un platillo fuerte que incluya verduras frescas, cereal integral, leguminosas y/o alimento de origen animal y fruta fresca.

Insumos

-Acta constitutiva.

-Acta informativa.

-Actas de inicio y de cierre.

-Arqueo de fondos.

Resultados

Entregar a los niños de escasos recursos entre 3 a 12 años en edad, un buen desayuno que fortalezca su desempeño escolar.

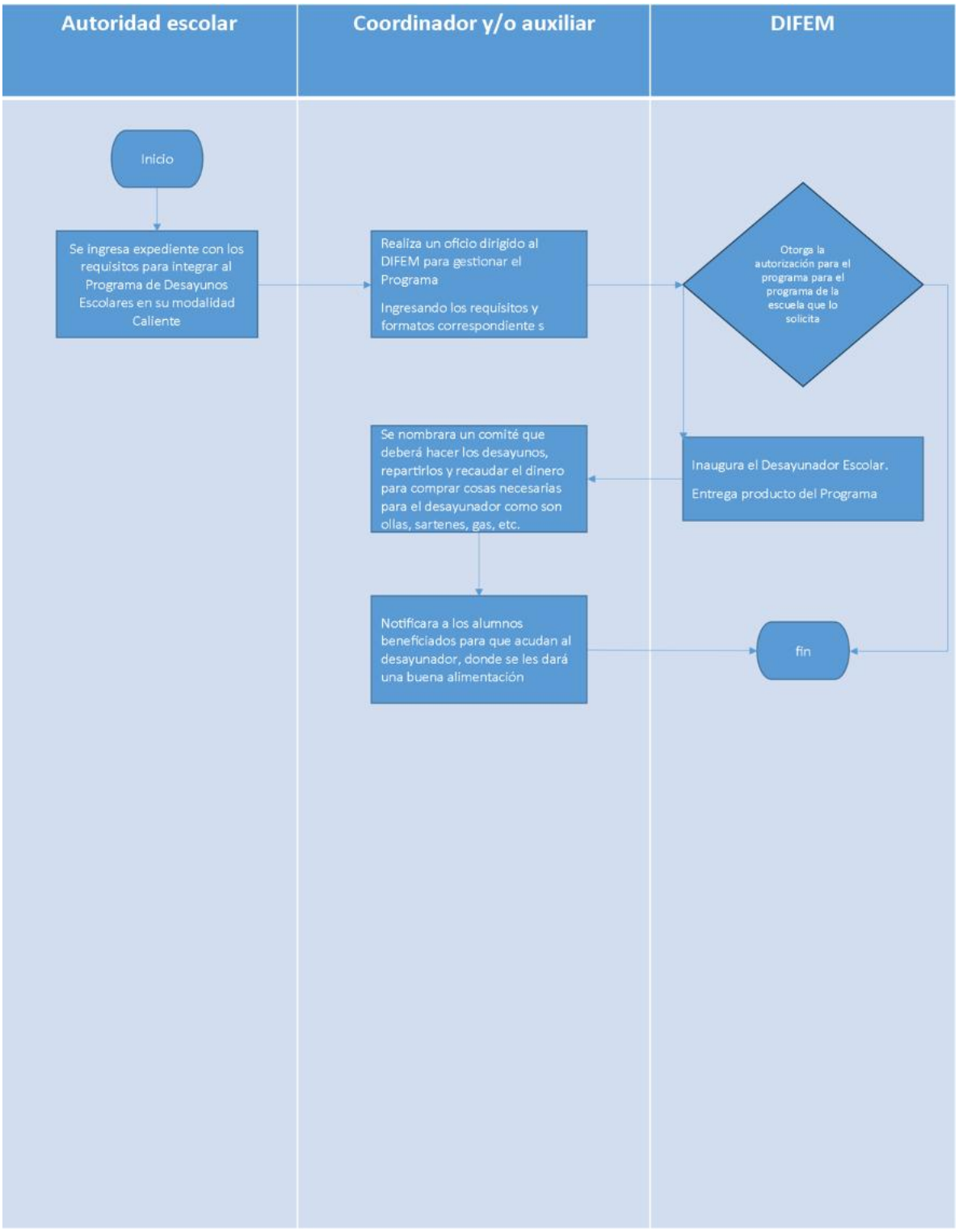
Políticas

- Sera responsabilidad de la Autoridad Escolar el requisito y entregar en tiempo y forma los documentos necesarios y contar con un espacio adecuado para la incorporación de los Desayunos Escolares Calientes en su institución.
- Al comité que quede como responsable del programa se le otorgarán Reglas de Operación
- Se entregarán a las escuelas que se registró peso y talla para el nuevo ciclo escolar, y así ver que niños están en riego de desnutrición u obesidad.
- Llenar el formato de datos personales (nombre, peso, talla, etc.).
- Cubrir la cuota de recuperación individual por desayuno otorgado.

Desarrollo

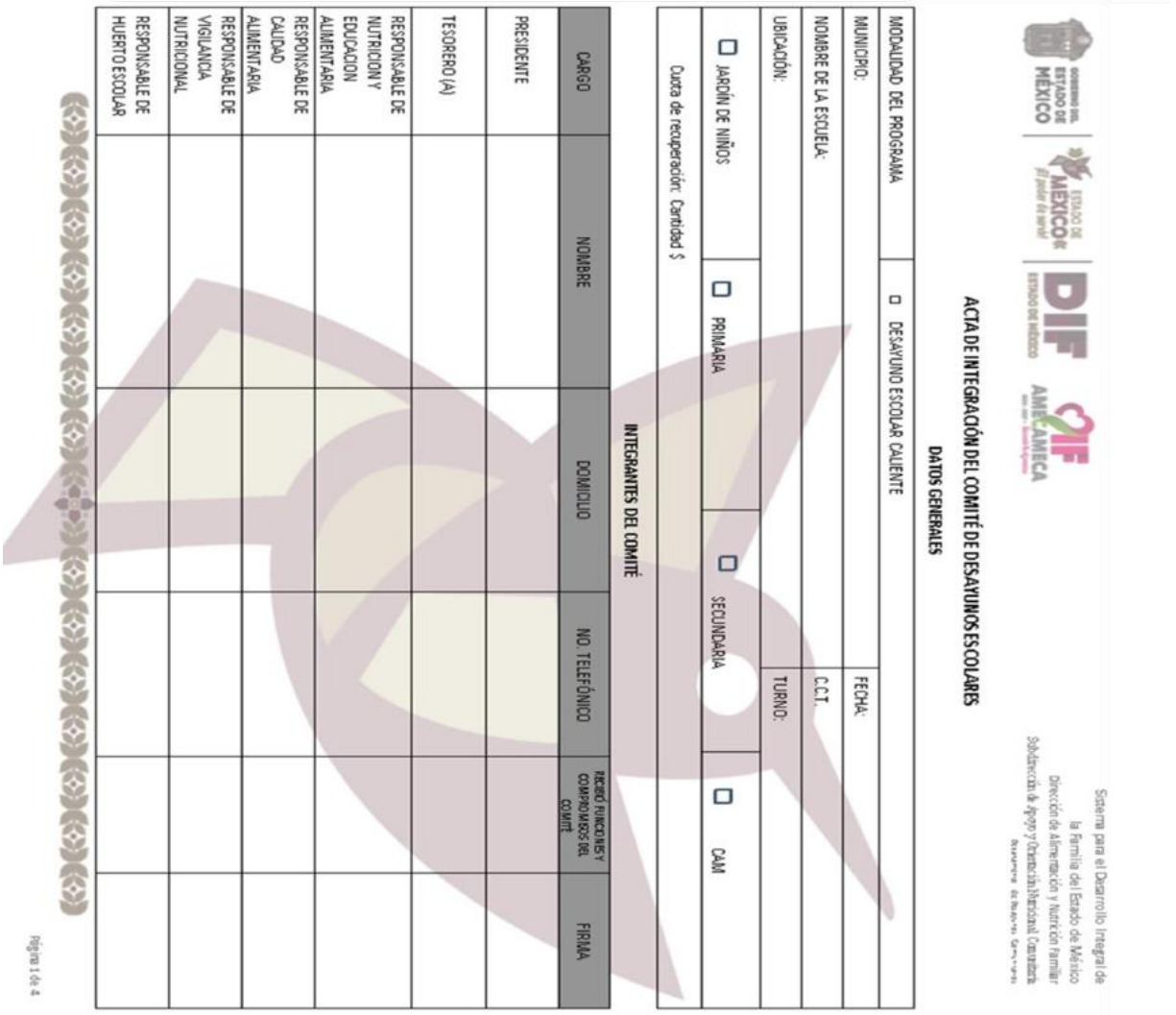
Nombre de la actividad: Programa de nutrición escolar: Desayunos calientes.			
Unidad administrativa: Coordinación de Alimentación y Nutrición Familiar	Área responsable: Coordinación de alimentación y Nutrición Familiar		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la actividad**
1	Autoridad escolar	Ingresar expediente	Ingresa expediente con los requisitos para ingresar al Programa de Desayunos Escolares en su modalidad Caliente.
2	Coordinador(a) de Nutrición	Elaboración de oficio	Realiza oficio dirigido al DIFEM para gestionar el Programa ingresando los requisitos y formatos correspondientes.
3	Sistema Estatal DIF	Autorización e inauguración	Autoriza el ingreso de la Institución Educativa al Programa. Inaugura el Desayunador Escolar. Entrega producto del Programa
4	Coordinador(a) de Nutrición	Formación de comité	Nombrará un comité que deberá hacer los desayunos, repartirlos y recaudar el dinero para comprar cosas necesarias para el desayunador como son ollas, sartenes, gas, etc.
5	Coordinador(a) de Nutrición	Comunicado a alumnos beneficiados	Notificará a los alumnos beneficiados para que acudan al desayunador, donde se les dará una buena alimentación.

Diagramación



Medición: Número anual de desayunos solicitados/Número anual de desayunos entregados X100= a porcentaje de desayunos entregados.

Formatos e Instructivos



ACTA DE INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE DESAYUNOS ESCOLARES

DATOS GENERALES

MODALIDAD DEL PROGRAMA	☐ DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE		
MUNICIPIO:		FECHA:	
NOMBRE DE LA ESCUELA:		C.C.T.	
UBICACIÓN:		TURNO:	
☐ JARDÍN DE NIÑOS	☐ PRIMARIA	☐ SECUNDARIA	☐ CAM
Cuota de recuperación: Cantidad $			

INTEGRANTES DEL COMITÉ

CARGO	NOMBRE	DOMICILIO	NO. TELEFÓNICO	RECIBIÓ FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ	FIRMA
PRESIDENTE					
TESORERO (A)					
RESPONSABLE DE NUTRICION Y EDUCACION ALIMENTARIA					
RESPONSABLE DE CALIDAD ALIMENTARIA					
RESPONSABLE DE VIGILANCIA NUTRICIONAL					
RESPONSABLE DE HUERTO ESCOLAR					

Página 1 de 4

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se marcará la modalidad del programa con una “x” desayunos calientes.
2. Se colocará la fecha
3. Se anotará el municipio donde pertenece la escuela
4. Se anotará clave de centro de trabajo de la escuela
5. Se anotará la dirección de la escuela
6. Se anotará el turno de la escuela beneficiada
7. Se marcará con una “x el nivel de la escuela beneficiada
8. Se colocará la cuota de recuperación de la escuela beneficiada
9. Se anotará los datos personales de los integrantes del comité

FUNCIONES GENERALES DE LOS COMITES DE DESAYUNOS ESCOLARES DE LOS PLANTELES EDUCATIVOS	a) El Comité de Desayunos Escolares, deberá permanecer activo hasta su ratificación o conformación de un nuevo Comité, con la finalidad de que no deje de operar el Programa al inicio de cada ciclo escolar y en caso de permanecer las mismas personas deberán cambiar las funciones de los integrantes del Comité de Desayunos Escolares si desean seguir participando en el mismo; b) Las personas integrantes del Comité de Desayunos Escolares que se forme en asamblea, no deben de ocupar cargo de representación popular, ni ser servidoras o servidores públicos en alguno de los tres órdenes de gobierno, asociación partidista, política o religiosa; c) Recibir, resguardar y dar el manejo adecuado a los insumos alimentarios, no almacenando sustancias nocivas que pongan en riesgo la integridad y calidad de los insumos; d) En caso de existir irregularidades en los insumos alimentarios, no deberán aceptarlos y notificara a la Sistema Municipal DIF; e) Cualquier alteración que sufran los insumos por mal manejo, el Comité de Desayunos Escolares tendrá que reponer los insumos dañados o faltantes; f) Difundir en el plantel escolar y con las madres y padres de familia de las personas beneficiadas, la información proporcionada por la Sistema Municipal DIF, referente a educación y orientación alimentaria, que permita fomentar estilos de vida saludables. g) Entregar al SMDIF el "Formato de registro del consumo diario de Desayuno Escolar" durante los primeros 5 días del mes posterior a la entrega
EN EL CASO DE LOS DESAYUNOS ESCOLARES CALIENTES	a) Recibir los insumos alimenticios, deberán verificar cantidad de recepción, así como la caducidad de cada uno de los insumos y calidad de los mismos, ya que a partir de la recepción el Comité es responsable del uso y manejo de los mismos; b) Cumplir con los hábitos de higiene para el consumo de alimentos y prepararlos conforme a las directrices de higiene y sanidad, así como a los Criterios de Calidad Nutricia. c) Realizar acciones de aseguramiento de la calidad y preparación de alimentos y buenas prácticas de almacenamiento; d) Elaborar un inventario de insumos, equipo y utensilios del Desayunador Escolar al inicio y término de periodos vacacionales y/o de manera semestral; e) Organizar la adecuación del área física donde se elaboran y almacenan los alimentos, de acuerdo a las directrices de prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos; f) Realizar periódicamente asambleas para evaluar el desarrollo del Programa y realizar los ajustes necesarios; g) Implementar una libreta de control foliado o libro florete en el cual se registren los ingresos y egresos diarios de las raciones alimentarias; h) Al término de su gestión, el Comité de Desayunos Escolares Calientes deberá presentar de manera escrita el estado financiero del Desayunador Escolar y realizará la entrega de las llaves del local, el inventario de los productos, utensilios y/o mobiliario o equipo, en donde se encuentra instalado.
DEL PRESIDENTE	a) Promover la integración del Comité, debiendo renovarse o ratificarse cada ciclo escolar. Al momento de realizar cambios de personal en el comité, se solicita se realice la entrega de equipo y mobiliario, así como el espacio físico al comité entrante. b) Llenar en coordinación con el director del plantel, el padrón de beneficiarios, así como cualquier otra documentación requerida por el SEDIF y/o SMDIF y entregarla en tiempo y forma a la autoridad correspondiente. c) Proporcionar información verídica de acuerdo con lo que se le solicite en el padrón de beneficiarios. d) Coordinar la recepción, revisar la calidad y la cantidad de los insumos alimenticios entregados por el SEDIF y/o SMDIF, así como firmar y sellar los documentos comprobatorios de cada entrega. e) Resguardar y mantener en óptimas condiciones el equipo, mobiliario, utensilios y espacio físico. f) Asistir y participar en los cursos de capacitación convocados por el SEDIF y/o SMDIF, con el propósito de operar correctamente el programa. g) Ser el enlace directo entre la escuela y el SMDIF y/o H. Ayuntamiento en coordinación con las autoridades locales.
DEL TESORERO (A)	a) Promover entre los padres de familia de los menores beneficiarios, que cumplan con su obligación de aportar el mecanismo de responsabilidad. b) Utilizar los recursos para el fortalecimiento del programa y la adquisición de los productos perecederos que complementarán los menús, de preferencia frutas y verduras frescas, además de otros gastos de operación. c) Se sugiere llevar una bitácora donde se registre la contraprestación de los padres de familia y el manejo de la misma. d) Todos los acuerdos que se tomen respecto a la contraprestación, deben quedar asentados en minuta firmada por parte de los padres de familia. e) Asistir y participar en los cursos de capacitación convocados por el SEDIF y/o SMDIF, con el propósito de operar correctamente el programa.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar
Subdirección de Apoyo y Orientación Nutricional Comunitaria

RESPONSABLE DE NUTRICION Y EDUCACION ALIMENTARIA	a) Vigilar que los insumos alimenticios sean de uso exclusivo para el consumo de los escolares y la preparación de los alimentos en modalidad caliente. b) En el caso de la Alimentación Escolar en modalidad caliente, coordinar la preparación y entrega a los beneficiarios de los alimentos de lunes a viernes al inicio de la jornada escolar, o bien, el horario más conveniente establecido en asamblea de padres de familia, y contribuyendo al adecuado estado de nutrición y rendimiento de la población escolar. c) Verificar y promover que las preparaciones de alimentos sean de acuerdo con los menús cíclicos entregados por el SEDIF y/o el SMDIF. d) Asistir y participar en los cursos de capacitación convocados por el SEDIF y/o SMDIF, con el propósito de operar correctamente el programa. e) Verificar que los alimentos adquiridos con recursos externos al programa, sean los permitidos en la ELASADC, favoreciendo la buena nutrición de los beneficiarios. f) Promover entre el comité, padres de familia y alumnos, la continuidad de las acciones de orientación y educación alimentaria implementadas en la escuela por parte del SEDIF o SMDIF.
RESPONSABLE DE CALIDAD ALIMENTARIA	a) Revisar que la caducidad y los envases de los insumos alimenticios se encuentren vigentes y en buen estado al momento de la recepción y antes de ser utilizados. b) Almacenar los insumos alimenticios en un área exclusiva, así como registrar Primeras Entradas - Primeras Salidas (PEPS), atendiendo a las recomendaciones contenidas en la Guía de Inocuidad. c) Verificar que las personas que preparen los alimentos cumplan con utilizar delantal, cabello recogido, cofia, uñas recortadas, limpias y sin esmalte, acudir aseadas, sin joyería, lavarse las manos antes, durante y después de la preparación de los alimentos, entre otros. d) Asegurar que la limpieza y desinfección de los utensilios y equipos de cocina y superficies, se realice antes, durante y al finalizar la preparación de los alimentos. e) Vigilar y promover que los beneficiarios se laven las manos antes y después de consumir los alimentos. f) Asistir y participar en los cursos de capacitación convocados por el SEDIF y/o SMDIF, con el propósito de operar correctamente el programa.
RESPONSABLE DE VIGILANCIA NUTRICIONAL	a) Ser enlace entre la escuela y el SMDIF o SEDIF para facilitar la Evaluación del Estado Nutricional de las niñas y niños del plantel educativo. b) Apoyar al personal del SEDIF, SMDIF, Secretaría de Salud o profesores, en la Evaluación del Estado Nutricional, así como aplicación de encuestas a las niñas y niños del centro escolar, o padres de familia en los casos que aplique. c) Resguardar las cédulas utilizadas para la Evaluación del Estado Nutricional obtenidas en la escuela. d) Entregar el concentrado de la Evaluación del Estado Nutricional al SEDIF y/o SMDIF según corresponda. e) Asistir y participar en los cursos de capacitación convocados por el SEDIF y/o SMDIF, con el propósito de operar correctamente el programa.
RESPONSABLE DE HUERTO ESCOLAR	a) Asistir y participar en las capacitaciones y asesorías proporcionadas por el SEDIF, SMDIF o instituciones involucradas, en el manejo y mantenimiento del huerto escolar pedagógico. b) Coordinar las labores para dar mantenimiento al huerto durante el periodo escolar y vacacional con el apoyo de padres de familia, profesores involucrados, así como alumnos. c) Alentar a los profesores sobre el uso del huerto como recurso de aprendizaje para los alumnos. d) Elaborar una bitácora de seguimiento al huerto escolar pedagógico, describiendo los periodos de siembra y cosecha, variedades sembradas, acciones de mantenimiento, capacitaciones recibidas, actividades sobre el uso del huerto en materias escolares, entre otras, para dar continuidad a las acciones realizadas en cada ciclo escolar. e) Asistir y participar en los cursos de capacitación convocados por el SEDIF y/o SMDIF, con el propósito de operar correctamente el programa.

PLANTEL ESCOLAR		SMDIF	
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DIRECCIÓN	SELLO	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anotará nombre firma y sello de la dirección de la escuela beneficiada.
2. Se anotará nombre firma y sello de la dirección de la SMDIF.

VALIDACIÓN DE INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

NOTA: EL NÚMERO DE VOCALES PUEDE VARIAR, DEPENDIENDO DE LA MATRÍCULA DEL PLANTEL ESCOLAR, EN CASO DE SER NECESARIO, SE ENLISTARÁN EN UNA HOJA, MISMA QUE SE ANEXARÁ AL PRESENTE FORMATO.
SE DEBERÁ ANEXAR AL PRESENTE FORMATO COPIAS DE IDENTIFICACIONES OFICIALES CON DIRECCIÓN DE CADA MIEMBRO DEL COMITÉ.
PARA AMPLIACIÓN SOBRE EL TEMA SE PUEDE INGRESAR A LA PÁGINA OFICIAL DE GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO Y CONSULTAR GACETA DE GOBIERNO EN SU VERSIÓN ACTUALIZADA.

Página 4 de 4

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar
Subdirección de Apoyo y Orientación Nutricional Comunitaria

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Nombre y firma de un integrante del comité de la escuela beneficiada.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO | ESTADO DE MÉXICO ¡El poder de servir! | DIF ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar
Subdirección de Apoyo y Orientación Nutricional Comunitaria
Programa de Desarrollo Social "Alimentación Escolar para el Bienestar"

I

MINUTA DE REUNION

DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE

En el Municipio de (1)_____, Estado de México, siendo las (2)_____horas del dia (3)_____, del mes de (4)_____de 20(5)_____, encontrándose reunidos en las instalaciones que ocupa El (La) (6) ☐ SMDIF ☐ Jardín de Niños ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ CAM
Nombre de la Escuela (7)_____Con Clave (8): _____
Ubicada en: (9) _____
y estando presentes los C. (10) _____

Personal de la Institución Educativa; (11)_____, Por el Sistema Municipal, y por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) C. (12)_____.
Se levanta la Presente Minuta de Reunión en donde se llevaron a cabo los siguientes:

HECHOS

1.- La Reunión se realiza con: (13)

- ☐ Padres de Familia
- ☐ Personal Docente
- ☐ Personal Directivo
- ☐ Personal del SMDIF

2.- Explicar el motivo de la reunión (14) _____

3.- Acuerdos a los que se llegó con los presentes en la reunión:

- Cuota de Recuperación: (15) $_____que deberá ser entrega al comité los días (16): _____
- Horarios de entrega y consumo del Desayuno Escolar (17) _____
- Entregar al SMDIF el "Formato de registro del consumo diario de Desayuno Escolar" durante los primeros 5 días del mes posterior a la entrega.
- Otros (18): _____

- Sin otro asunto que agregar, se da por concluida la presente, siendo las (19)_____horas, del mismo día de su inicio, firmando de conformidad al calce los que en ella Intervienen.

VALIDADO POR ESCUELA (20) _____

Sello

Nombre, Cargo y Firma

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anotará el municipio de donde pertenece la escuela beneficiada
2. Se anotará la hora que se llevará a cabo la reunión
3. Se anotará el día que se llevará a cabo la reunión
4. Se anotará el mes que se llevará a cabo la reunión
5. Se anotará el año que se llevará a cabo la reunión
6. Se marcará con una “x” donde se llevará a cabo la reunión
7. Se anotará el nombre de la escuela beneficiada
8. Se anotará clave de centro de trabajo de la escuela
9. Se anotará la dirección de la escuela
10. Se anotará el nombre del director escolar o personal docente que esté presente en la reunión
11. Se anotará el nombre del personal del SMDIF que asiste a la reunión
12. Se anotará el nombre del personal del DIFEM que asiste a la reunión
13. Se marcará con una “x” el personal que esté presente en la reunión
14. Se anotará el motivo de la reunión
15. Se colocará la cuota de recuperación de la escuela beneficiada
16. Se anotará los días de entrega de la cuota de recuperación del desayuno al comité
17. Se anotará hora de entrega del desayuno escolar
18. Se anotará otro punto a tratar en la reunión
19. Se anotará la hora de término de la reunión
20. Se validará con sello, nombre, cargo y firma del director de la escuela beneficiada

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

Sello

Nombre, Cargo y Firma

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se validará con sello, nombre, cargo y firma del personal del SMDIF que asistió a la reunión

Nombre	Firma

PROCEDIMIENTO 13: PROGRAMA DE NUTRICIÓN ESCOLAR: DESAYUNOS ESCOLARES (FRIOS Y RACIONES VESPERTINAS)

Objetivo

Mejorar la nutrición de los niños de preescolar y escolar diagnosticados con desnutrición o en riesgo de padecerla.

Referencias

Ley de Desarrollo Social del Estado de México. - Última reforma 12/06/ 2019

Ley de asistencia social. - Año de Publicación: 07/09/2010.

Reglas de operación del programa. –"Alimentación Escolar para el Bienestar" Gaceta de gobierno: 31/01/2025.

Definiciones

DIFEM: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

PAEB: Programa Alimentación Escolar para el Bienestar

Insumos

-Oficio de la Directora del plantel solicitando los desayunos fríos y raciones vespertinas.

-Logística de la entrega de los desayunos a las escuelas beneficiadas.

Resultados

Entrega de dotaciones correspondientes al mes presente junto con el número de días hábiles del ciclo escolar, a las diferentes escuelas beneficiadas con el programa.

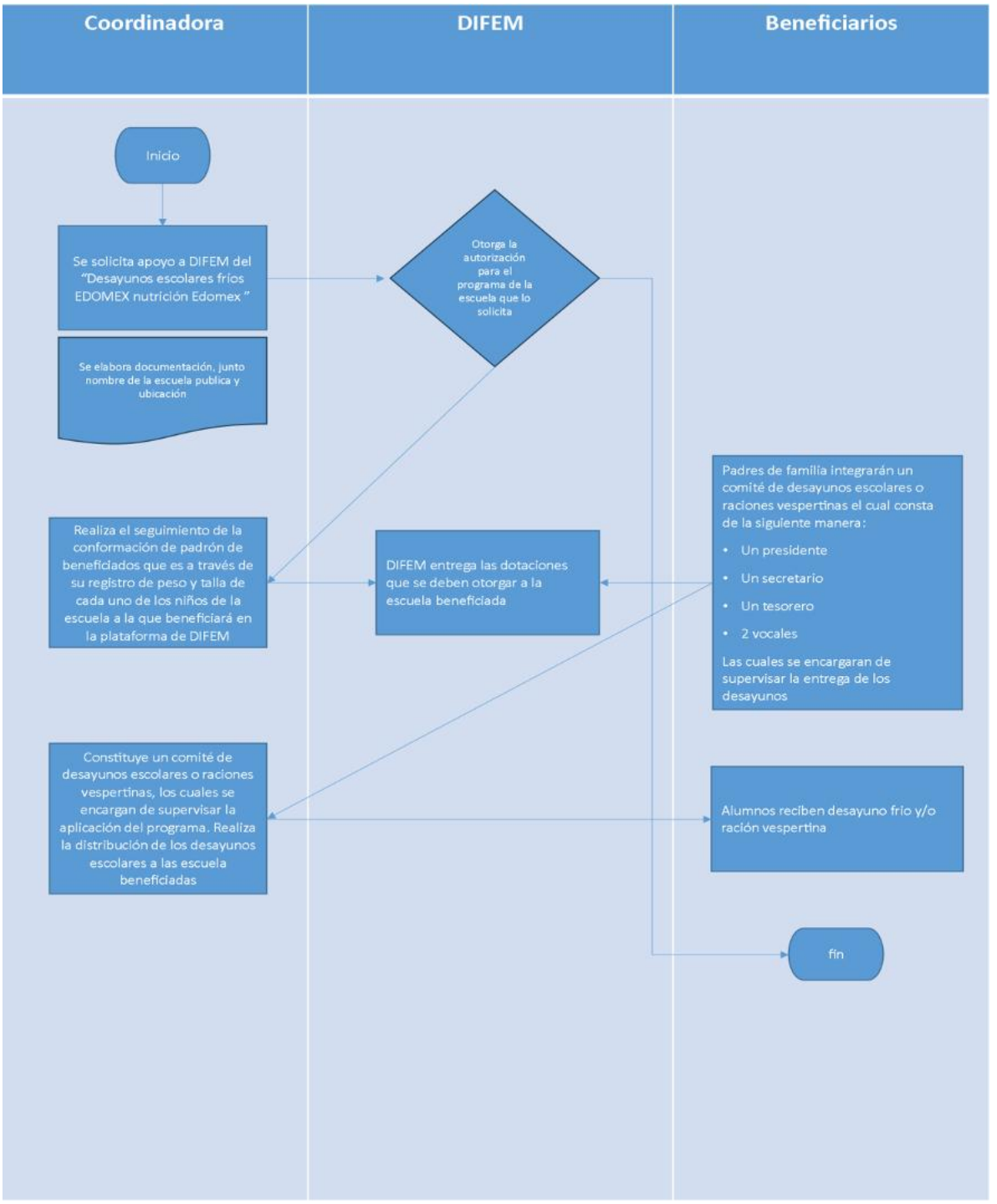
Políticas

- Únicamente se entregarán los desayunos escolares o raciones. vespertinas de acuerdo con el padrón escolar autorizado para cada escuela beneficiada.
- Se debe llevar un registro de las visitas a las distintas escuelas beneficiadas, con la finalidad de verificar que la entrega sea conforme al padrón y en tiempo y forma.
- La dotación de desayuno escolar será gratuita.

Desarrollo

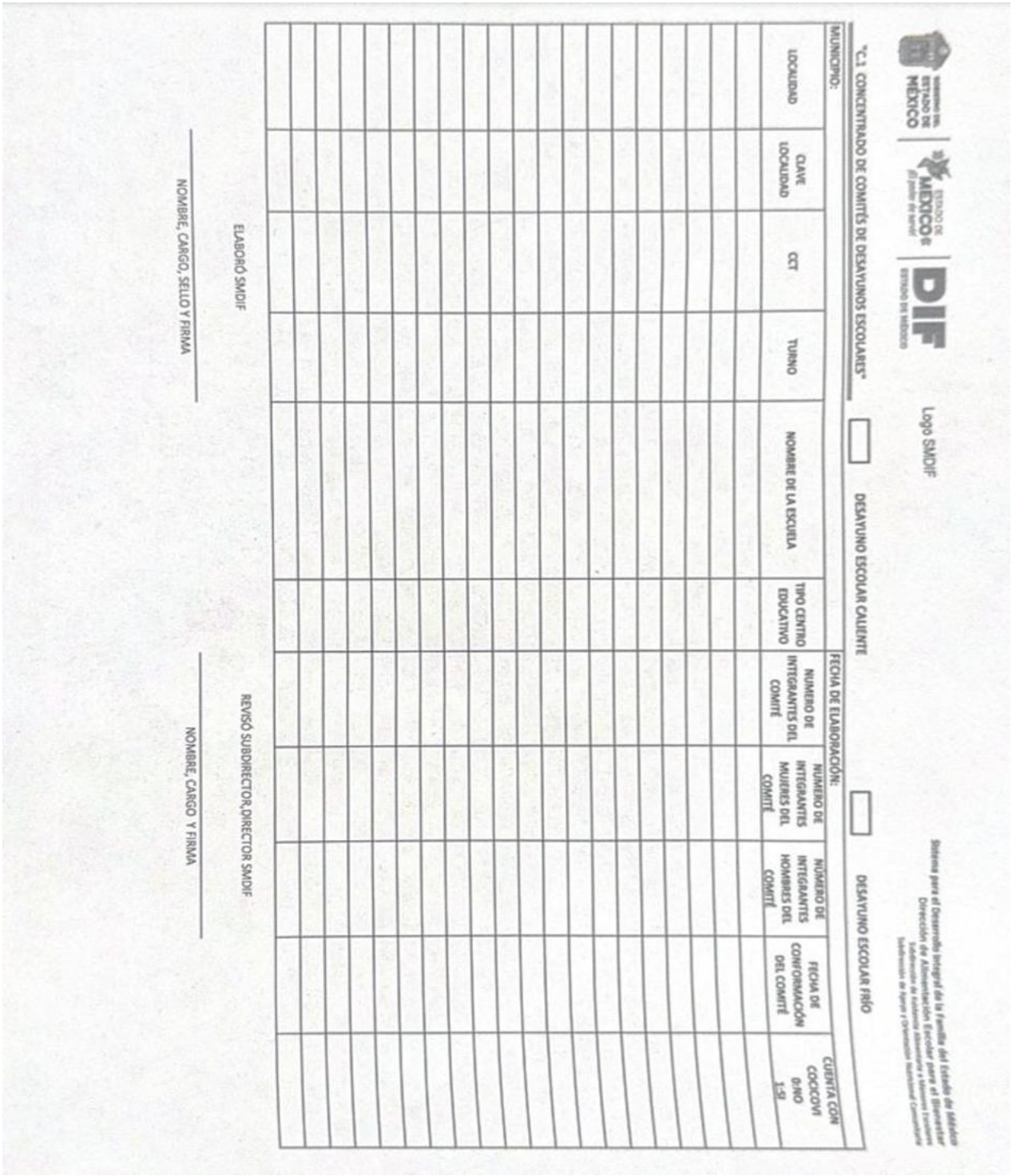
Nombre de la actividad: Programa de nutrición escolar: Desayunos fríos y raciones vespertinas			
Unidad administrativa: Coordinación de Alimentación y Nutrición Familiar		Área responsable: Coordinación de Alimentación y Nutrición Familiar	
Descripción de actividad			
No. de paso	Responsable	Nombre de la Actividad	Desarrollo de la actividad
1	Coordinadora	Elaboración documentación para DIFEM.	Se elabora documentación para DIFEM solicitando el apoyo del programa ALIMENTACIÓN ESCOLAR PARA EL BIENESTAR (desayunos escolares fríos) junto con el nombre de la escuela pública y su ubicación.
2	DIFEM	Otorga autorización.	DIFEM otorga la autorización para el programa de la escuela que lo solicita.
3	Coordinadora	Seguimiento de la conformación de padrón.	La coordinadora de Nutrición hará el seguimiento de la conformación de padrón de beneficiados a través registro de peso y talla de cada uno de los niños de la escuela a la que se beneficiará en la plataforma de DIFEM.
4	DIFEM	Entrega de las dotaciones	DIFEM entrega las dotaciones que se deben otorgar a la escuela beneficiada.
5	Padres de familia	Integrar comité de vigilancia	Integran el comité de vigilancia de desayunos escolares o raciones vespertinas el cual consta de un PRESIDENTE, SECRETARIO, TESORERO Y 2 VOCALES, los cuales se encargarán de supervisar la entrega.
6	Coordinadora	Constituir un comité	Constituye un comité de desayunos escolares o raciones vespertinas, los cuales se encargarán de supervisar la entrega, el correcto consumo del programa. Realiza la distribución de los desayunos escolares a las escuelas beneficiadas.
7	Alumnos beneficiados	Se recibe desayuno frio	Los alumnos beneficiados reciben desayuno frio y/o ración vespertina.

Diagramación



Medición: Cantidad de desayunos y raciones vespertinas solicitadas/ Cantidad de desayunos y raciones vespertinas Entregadas

Formatos e Instructivos



Logo SMDIF

DIF ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Alimentación Escolar para el Bienestar
Subdirección de Asistencia Alimentaria a Menores Escolares
Subdirección de Apoyo y Orientación Nutricional Comunitaria

"C.1 CONCENTRADO DE COMITÉS DE DESAYUNOS ESCOLARES" ☐ DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE ☐ DESAYUNO ESCOLAR FRÍO

MUNICIPIO: FECHA DE ELABORACIÓN:

LOCALIDAD	CLAVE LOCALIDAD	CCT	TURNO	NOMBRE DE LA ESCUELA	TIPO CENTRO EDUCATIVO	NUMERO DE INTEGRANTES DEL COMITÉ	NUMERO DE INTEGRANTES MUJERES DEL COMITÉ	NUMERO DE INTEGRANTES HOMBRES DEL COMITÉ	FECHA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ	CUENTA CON COCOVI D/NO 1-SI

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1.- Se marcará con una “x” la modalidad del desayuno si es caliente o frío

2.- Se anotará el nombre del municipio al que pertenece a la escuela beneficiaria con el programa

3.- Se anotará la de fecha de elaboración del que se llena el formato

4.- Se anotará la localidad de donde se ubica la escuela beneficiaria

5.- Se anotará la clave de localidad que indica el INEGI

6.- Se anotará la clave del centro de trabajo de la escuela

7.- Se anotará el nombre de la escuela

8.- Se anotará el tipo de centro educativo (preescolar, primaria)

9.- Se anotará el número de integrantes del comité

10.-Se anotará el número de integrantes hombres del comité

11.- Se anotará la fecha de conformación del comité

12.- Se anotará la cuenta con cosi covid

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO | ESTADO DE MÉXICO ¡El poder de servir! | DIF ESTADO DE MÉXICO Logo SMDIF

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Alimentación Escolar para el Bienestar
Subdirección de Asistencia Alimentaria a Menores Escolares

REGISTRO DIARIO DE ENTREGA Y CONSUMO
DESAYUNO ESCOLAR FRÍO

MUNICIPIO:

Nombre de la Escuela:		CCT:	
Turno:	Grado:	Grupo:	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	MES: _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Integrante del Comité
Nombre/Cargo/ Firma

Plantel Escolar
Nombre/Cargo/ Firma/Sello

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se anota nombre del municipio de donde pertenece la escuela
2. Se anotará el nombre de la escuela
3. Se marcará la clave de centro de trabajo
4. Se colocará el turno, grado y grupo del salón
5. Empezando por apellidos se escribirá el nombre de los beneficiados
6. Se coloca el mes de entrega de los desayunos y se le pasa asistencia diaria de ese mes marcando en cada casilla la entrega
7. Se anotará firma, nombre, cargo y firma

PROCEDIMIENTO 14: CERTIFICADO MÉDICO.

Objetivo

Informar y dar a conocer el estado de salud de una persona y de ser necesario dar información sobre sus problemas médicos o enfermedades.

Referencias

- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”. -Gobierno del Estado de México Año de Publicación: 1985.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF Amecameca. -Año de publicación julio 2022.

Definiciones

Certificado Médico: Es un documento que contiene información del solicitante sobre su condición de salud.

Insumos

Recibo del pago de cuota de recuperación del certificado médico solicitado.

Médico General

Resultados

Certificado Medico

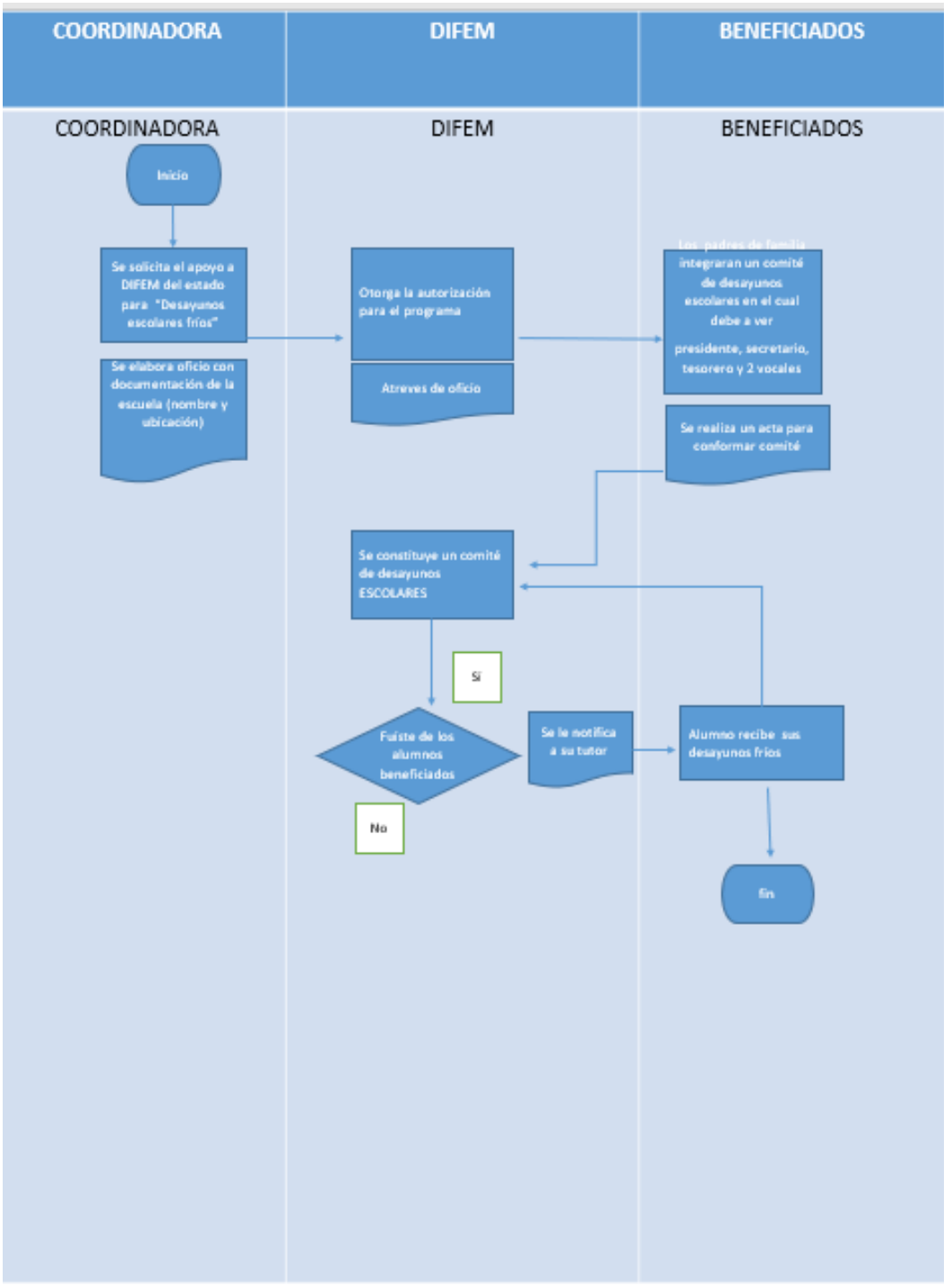
Políticas

- Este es un documento que se encuentra respaldado por un ente de Salud.
- El documento debe tener toda la información de la solicitante escrita de manera clara y legible, y debe decir exactamente su condición de salud, identificación con su nombre completo, datos del médico que hace la expedición, número de tarjeta profesional, registro, firma del médico, fecha de vencimiento, tipos de sangre y a donde va dirigido el documento (Ente o persona).
- El Certificado Médico puede ser obligatorio cuando es solicitado para realizar trámites legales, laborales, escolares, etc.

Desarrollo

Nombre de la actividad: Certificado Médico			
Unidad administrativa: Salud Comunitaria	Área responsable: Coordinación de Salud Comunitaria		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la actividad**
1	Paciente	Solicitud de certificado médico	Asiste a las instalaciones del DIF Municipal a solicitar un certificado médico
2	Enfermería	Registro del paciente y Toma de signos vitales	El personal de enfermería registra al paciente y toma signos vitales
3	Médico	Valora al paciente y expide documento	El médico realiza el interrogatorio y exploración correspondiente y expide certificado médico.

Diagramación



Medición: Numero mensual de Certificados Médicos solicitados / Numero mensual de Certificados Médicos programados X 100= porcentaje de Certificados otorgados.

Formatos e Instructivos

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Amecameca
R. F. C. SMD950320KH8
1000

AMECAMECA, MEX., A ____ DE _____ 20 ____

RECIBÍ DE:_____

LA CANTIDAD DE $:_____

(CANTIDAD CON LETRA)

POR CONCEPTO DE:_____

- ◯ SERVICIO MÉDICO
- ◯ SERVICIO JURÍDICO
- ◯ SERVICIO PSICOLOGICO
- ◯ SERVICIO DE TERAPIA Y DISCAPACIDAD
- ◯ SERVICIO DE LABORATORIO
- ◯ DESAYUNO ESCOLAR
- ◯ OTROS_____

PAGADO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

PARQUE NACIONAL S/N SECTOR SACROMONTE
AMECAMECA, MEX.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Colocar la fecha actualizada
2. Colocar el nombre completo del paciente
3. Colocar la cantidad en número y letra del cobro
4. Marcar con una X es servicio a otorgar
5. Nombre, firma y sello de quien realiza el cobro

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Amecameca
2025-2027

CERTIFICADO MÉDICO — **FOLIO: No. 0501**

FECHA: LUGAR DE EXPEDICIÓN:

LA UNIDAD MEDICA:_____ CERTIFICA: HABER PRACTICADO RECONOCIMIENTO

MÉDICO CORRESPONDIENTE A:_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Y EN EL MOMENTO ACTUAL SE ENCUENTRA:_____

MÉDICO QUE CERTIFICA:_____

CEDULA D.G.P.:_____ RECIBO DE PAGO No._____

PESO:_____ INDICE DE MASA CORPORAL: NORMAL( ) SOBREPESO( ) OBESIDAD( )

TALLA:_____ AGUDEZA VISUAL: NORMAL( ) REQUIERE VALORACIÓN( )

F.C.:_____ APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA: SI( ) NO( )

NOMBRE, FIRMA DEL MÉDICO QUE EXPIDE

NOTA: ESTE CERTIFICADO TENDRÁ VIGENCIA POR SEIS MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Colocar la fecha actualizada y lugar de expedición
2. Colocar el nombre completo del paciente (apellido paterno, materno y nombre)
3. Colocar estado de salud del paciente
4. Nombre completo del médico certificante
5. Colocar cedula profesional
6. Colocar el folio del recibo de pago
7. Signos vitales y marcar con una X índice de masa corporal, agudeza visual y apto para realizar actividad física.
8. Nombre, firma y sello de quien realiza el cobro

PROCEDIMIENTO 15: CONSULTA MÉDICA: GENERAL, ODONTOLÓGICA Y NUTRICIONAL.

Objetivo

Otorgar consultas externas de primer nivel y de atención a la población vulnerable con el fin de preservar la salud.

Referencias

- Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia social, de carácter municipal, denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia” Gobierno del Estado de México Año de Publicación: 1985.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF Amecameca. Año de publicación julio 2022.

Definiciones

- Consulta médica: La consulta médica generalmente tiene un protocolo común en el cual el médico explora a nivel subjetivo y objetivo una necesidad (preocupación, malestar, dolor, sufrimiento, o daño) del paciente, haciendo uso de sus conocimientos, experticia, sensibilidad, intuición y conciencia para establecer un diagnóstico y establecer un plan de solución a un problema de falta de salud.
- Receta médica. - Documento donde se prescriben las indicaciones médicas.
- Certificado médico. - Documento en el cual consta la condición de salud del solicitante.
- Hoja de referencia. - Documento con el diagnostico presuntivo donde se da el pase a otro hospital al paciente.

Insumos

Recibo de pago del costo de recuperación.

Resultados

De acuerdo a la necesidad del paciente se otorgará:

- Receta
- Hoja de referencia
- Certificado médico.
- Certificado de discapacidad

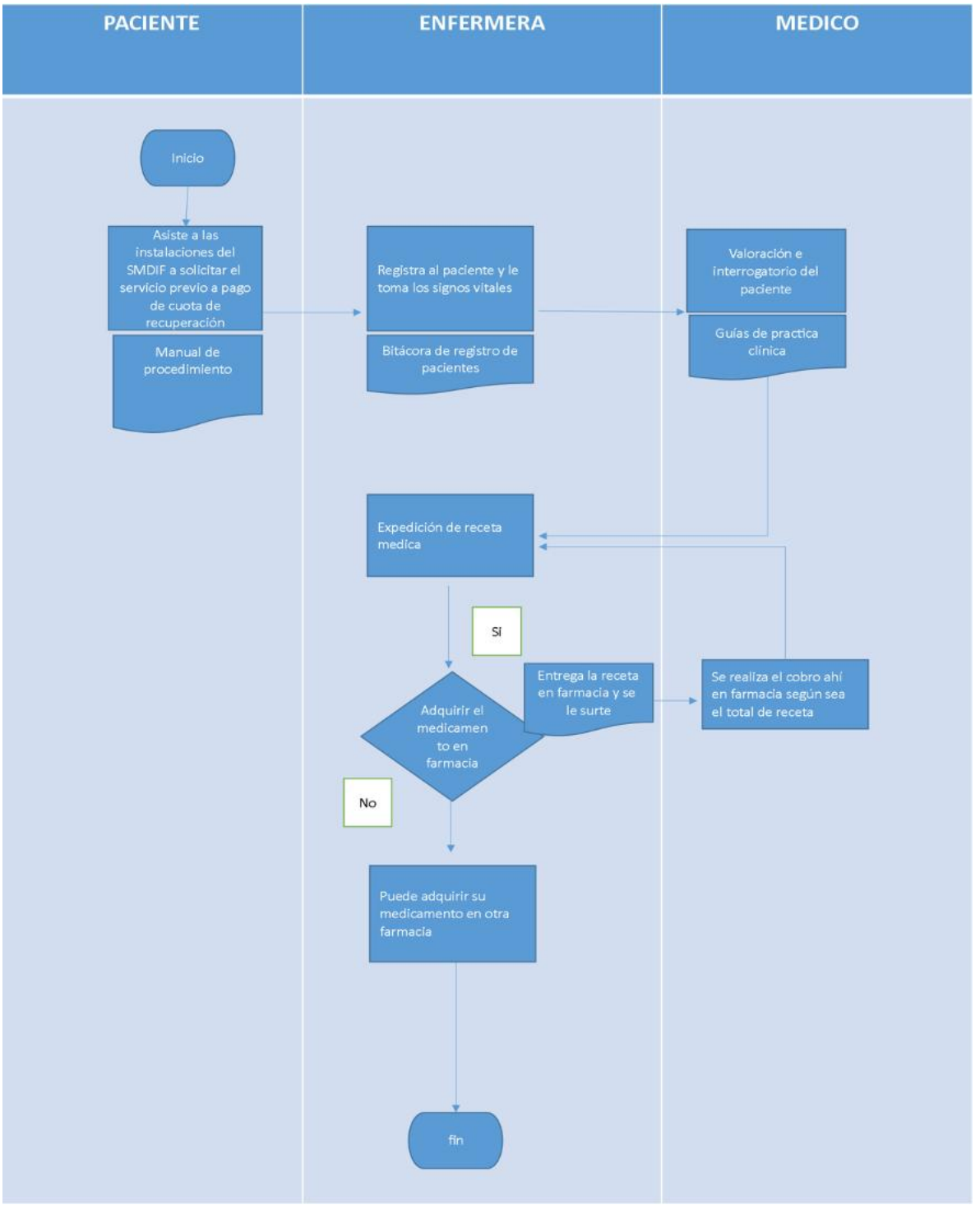
Políticas

- Cubrir las necesidades de los habitantes que tienen alguna necesitad de salud en el menor tiempo posible.
- Es obligatorio aplicar los protocolos de prevención y sana distancia para evitar la propagación del virus SARS-COV-2 de manera estricta. En caso contrario no se realizará el procedimiento.
- Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad.
- Se pide al paciente acudir en los horarios de servicio del Sistema DIF Municipal.

Desarrollo

Nombre de la actividad: Consulta Médica			
Unidad administrativa: Salud Comunitaria	Área responsable: Coordinación de Salud Comunitaria		
Descripción de actividad			
No. de paso	Responsable	Nombre de la Actividad	Desarrollo de la actividad
1	Paciente	Solicitud de consulta médica	Solicita consulta médica previo pago de servicio.
2	Enfermería	Registro del paciente y Toma de signos vitales	Toma signos vitales y registra al paciente.
3	Médico	Valora al paciente y expide receta en caso necesario	Valoración, exploración física, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Expide el documento correspondiente.

Diagramación



Medición: Numero mensual de Consultas solicitadas / Numero mensual de Consultas atendidas X 100= porcentaje de consultas otorgadas.

Formatos e Instructivos

DIF AMECAMECA 2025 - 2027 • Haciendo la diferencia

AMECAMECA ¡Gobierno para todos!

CARNET DE CITAS

INDICACIONES

Cada cita que se anote, fue hecha después de estudiar su caso y para su convivencia por lo que le rogamos a usted acuda puntualmente a las citas del area correspondiente, precisamente el día y la hora señalados.

Cumpla todas las instrucciones del Servidor Público que lo atendió, a fin de evitar citas innecesarias.

Si no esta citado previamente y le sugiera alguna duda o urgencia respecto a su caso, preséntese en la recepción, donde recibierá la atención que se requiera.

El carnet es indispensable que lo presente cada vez que acuda a alguna cita, ya que en el se le anotará la fecha en que nuevamente sera necesario que se presente.

1/NOMBRE DEL BENEFICIARIO

Instructivo de llenado

- Colocar el número de expediente en el recuadro superior en blanco
- Colocar nombre del beneficiario en la parte frontal

DIF AMECAMECA 2025 - 2027 • Haciendo la diferencia

AMECAMECA ¡Gobierno para todos!

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Amecameca
2025 - 2027
FOLIO: 0801

Nombre del Paciente:_____ Edad:_____ Fecha:_____

PESO:_____
TALLA:_____
T/A:_____
F.C.:_____
F.R.:_____
TEMP.:_____
IMC:_____

Av. Parque Nacional S/N
Sector Sacramonte
Amecameca, Estado de México C. P. 56900
Tel. 59 7978 5501

NOMBRE, COMPLETO DEL MÉDICO
CED. PROF. Y FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Nombre del paciente; colocar el nombre completo como aparece en su INE o CURP
2. Colocar la edad en años de los pacientes
3. Fecha
4. Colocar signos vitales
5. Nombre completo del médico, cedula profesional y firma del paciente.

PROCEDIMIENTO 16: INGRESO Y ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL.

Objetivo

Brindar atención, asesoría y/o orientación a las personas que acuden a los diferentes servicios que brinda la unidad, apoyando en la apertura de su expediente para ingresar a los servicios que brinda la unidad o para gestionar algún recurso ante DIFEM.

Referencias

- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. - Año de Publicación: 07/09/2010.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de carácter Municipal, denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”. Gobierno del Estado de México Año de Publicación: 1985
- Norma oficial mexicana NOM-173.SSA-1,1998 para la integración de las personas con discapacidad.
- Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. -Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30/05/2011.- Última reforma publicada DOF 29/04/2022.

Definiciones

- **U.B.R.I.S.** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.
- **Discapacidad:** Es toda restricción o ausencia debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del rango considerado normal para un ser humano. Sufre un déficit permanente prolongado funcional que le impide ser independiente e integrarse socialmente.
- **Trabajo Social:** profesión basada a la práctica que se encarga de promover un cambio social y resolver problemas, así mismo orienta, investiga y gestiona, conoce y estudia la problemática sociofamiliar y ve de qué manera puede intervenir, buscando apoyo para proporcionarlo en problemas físicos, emocionales, económicos y de salud.

Insumos

Paciente adulto:

- Copia de la credencial de elector del paciente o del tutor en caso de ser menor de edad.
- Acta de nacimiento.
- Copia del CURP.
- Copia del comprobante de domicilio.

Paciente menor de edad:

- Copia del acta de nacimiento.
- Copia de CURP.
- Copia de la credencial de elector y CURP del padre o tutor paciente.
- Copia del comprobante de domicilio.

Resultados

El usuario recibirá su carnet al momento de hacer entrega de sus documentos personales y llevarse a cabo la apertura de su expediente. El usuario recibirá el apoyo gestionado ante DIFEM cuando este sea aprobando.

Ciclo escolar, a las diferentes escuelas beneficiadas con el programa.

Políticas

- Para ingresar al área de U.B.R.I.S., el paciente tiene que pasar con el médico especialista quién lo canalizara al área correspondiente.
- Presentar diagnóstico previo si se cuenta con él.
- El usuario deberá tramitar su carnet.
- Acudir en el horario establecido, seguir las recomendaciones del terapeuta y traer el material que se le solicite para su terapia.

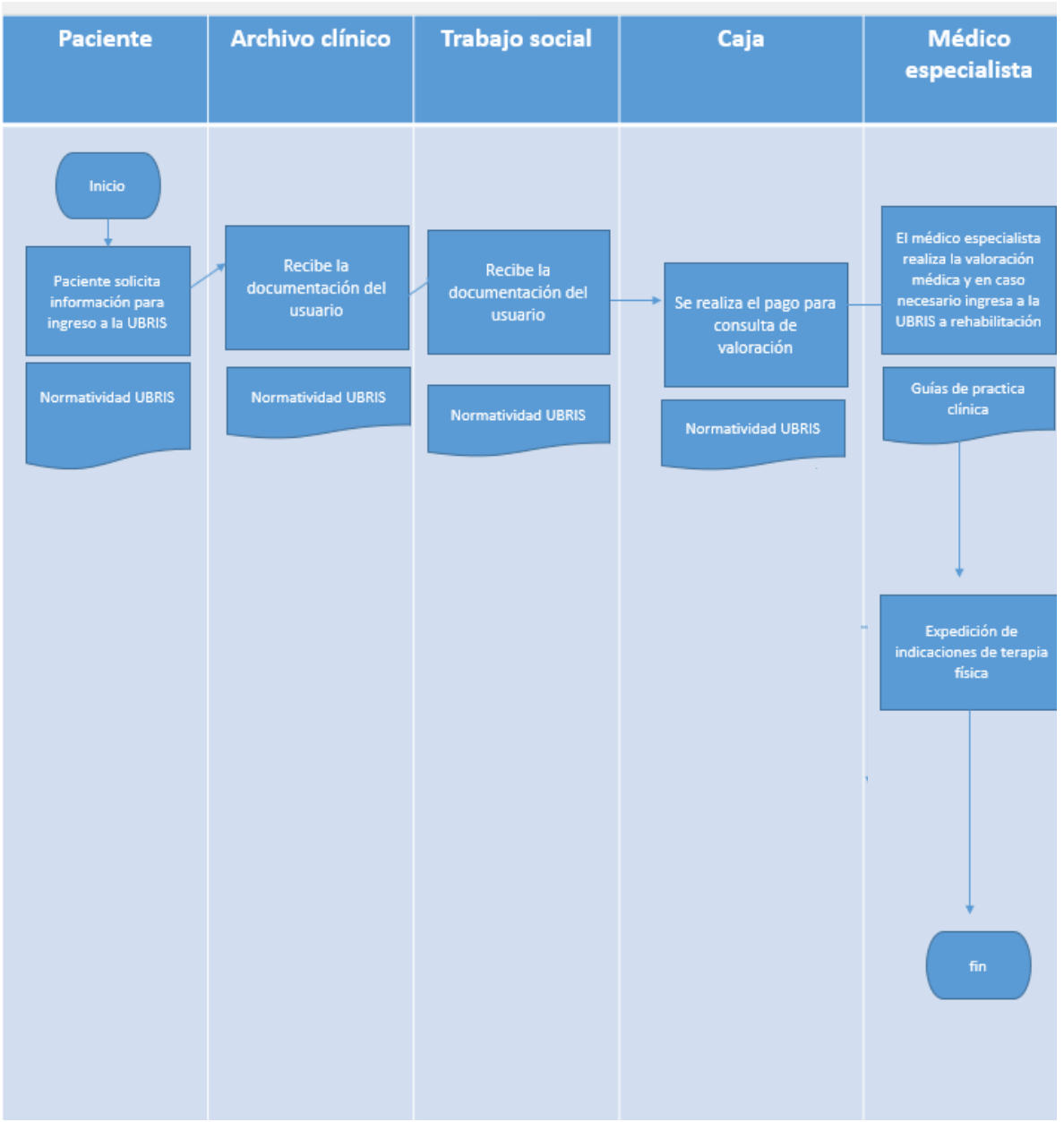
DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

Desarrollo

Nombre de la actividad: **Ingreso y atención a los servicios de la Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.**			
Unidad administrativa: Dirección de Asuntos Indígenas	Área responsable: coordinación de UBRIS		
Descripción de actividad			
No. de paso	**Responsable**	**Nombre de la Actividad**	**Desarrollo de la actividad**
1	Usuario	Solicitud de información	Solicita información para ingreso a la UBRIS
2	Archivo clínico	Archivo clínico	Recibe la documentación personal del ciudadano.
3	Trabajo social	Estudio socioeconómico	Realiza el estudio socioeconómico al paciente y asigna una cuota para su consulta o terapia.
4	Caja	Pago de valoración	Paga cuota de recuperación para agendar consulta.
6	Médico especialista	Valoración médica	El médico especialista realiza la valoración médica y en caso necesario ingresa a la UBRIS a rehabilitación
7	Médico especialista	Indicaciones médicas	De acuerdo al diagnóstico se emite las indicaciones

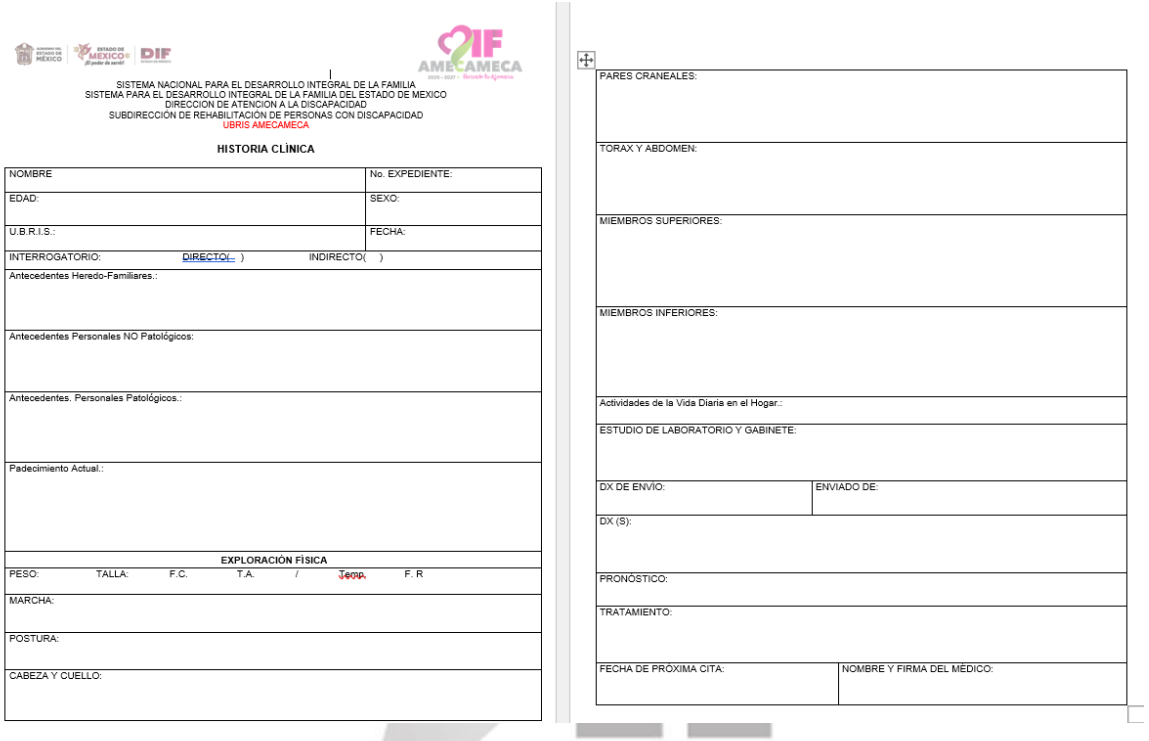
Diagramación

(Ingreso a los servicios de la Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social UBRIS Amecameca).



Medición: Número de terapias solicitadas mensualmente / Número de terapias programadas X 100 = porcentaje de terapias otorgada.

Formatos e Instructivos



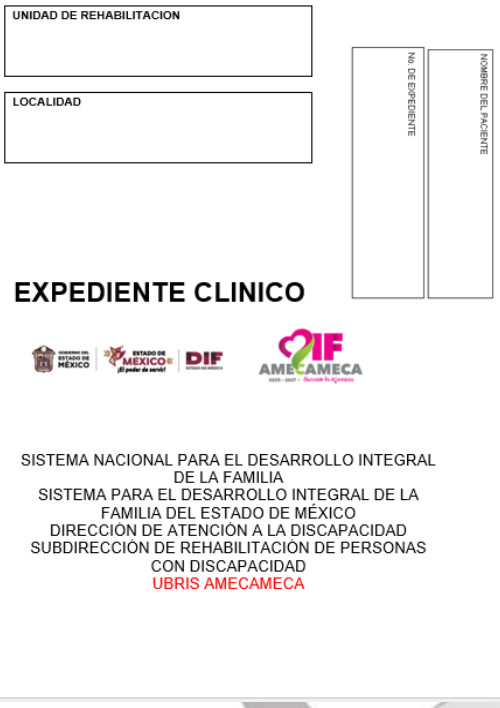
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO
DIRECCION DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
UBRIS AMECAMECA

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE	No. EXPEDIENTE:
EDAD:	SEXO:
U.B.R.I.S.:	FECHA:
INTERROGATORIO: DIRECTO( )	INDIRECTO( )
Antecedentes Heredo-Familiares.:	
Antecedentes Personales NO Patológicos:	
Antecedentes. Personales Patológicos.:	
Padecimiento Actual.:	
EXPLORACIÓN FÍSICA	
PESO: TALLA: F.C. T.A. / Temp. F. R	
MARCHA:	
POSTURA:	
CABEZA Y CUELLO:	
PARES CRANEALES:	
TORAX Y ABDOMEN:	
MIEMBROS SUPERIORES:	
MIEMBROS INFERIORES:	
Actividades de la Vida Diaria en el Hogar.:	
ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE:	
DX DE ENVÍO:	ENVIADO DE:
DX (S):	
PRONÓSTICO:	
TRATAMIENTO:	
FECHA DE PRÓXIMA CITA:	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Encabezado; Nombre completo, No. de expediente, edad, sexo, unidad médica y fecha.
2. Marcar con una X si es interrogatorio directo o indirecto
3. Describir de manera específica los antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos y padecimiento actual
4. Exploración física; describir brevemente la exploración por aparatos y sistemas
5. Colocar el diagnostico con clave CIE 10
6. Colocar el pronóstico de acuerdo con criterio médico
7. Describir tratamiento y recomendaciones
8. Nombre, cedula profesional y firma de quien realizo la historia clínica.



UNIDAD DE REHABILITACION

LOCALIDAD

NO. DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

EXPEDIENTE CLINICO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
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
UBRIS AMECAMECA

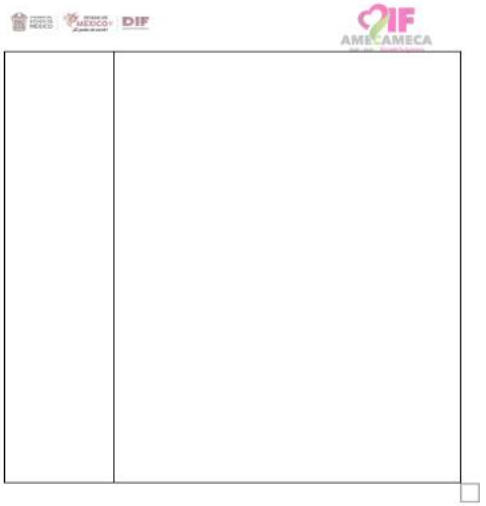
ORDEN DE COLOCACIÓN DE LAS FORMAS

1. HOJA FRONTAL
2. HOJA DE PREVALORACIÓN
3. HISTORIA CLÍNICA
4. CONSENTIMIENTO NFORMADO
5. NOTAS MÉDICAS
6. INTERCONSULTAS
7. HOJA DE ALTA
8. TARJETON DE TERAPIA
9. NOTAS DE TERAPIA FÍSICA
10. TARJETON DE TERAPIA OCUPACIONAL
11. NOTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL
12. TARJETON DE TERAPIA DE LENGUAJE
12. NOTAS DE TERAPIA DE LENGUAJE
13. INFORME PSICOLÓGICO
14. ESTUDIO SOCIAL CORTO
15. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO
16. RESULTADOS DE ESTUDIO DE GABINETE
17. OTROS DOCUMENTOS MÉDICOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

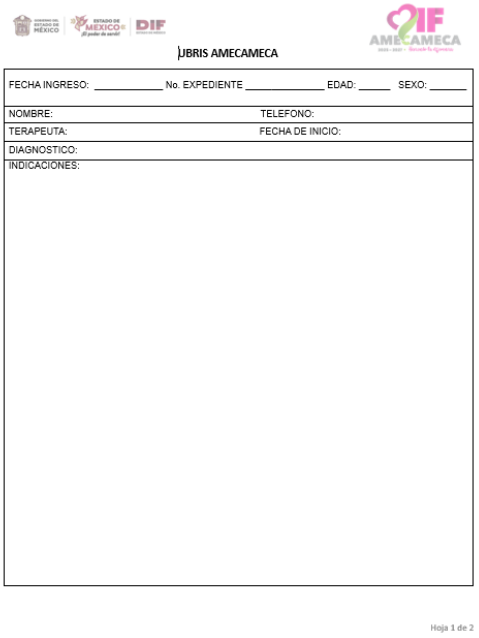
1. Unidad de rehabilitación; Colocar UBRIS Amecameca
2. Localidad; Colocar la localidad de acuerdo con su INE o comprobante de domicilio
3. Nombre del paciente; colocar nombre completo
4. Colocar el número de expediente correspondiente

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA 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 **UBRIS AMECAMECA** **NOTAS DE EVOLUCIÓN**	NOMBRE: No. DE EXPEDIENTE:	
	EDAD:	SEXO:
FECHA Y HORA	**NOTAS**	



INSTRUCTIVO DE LLENADO

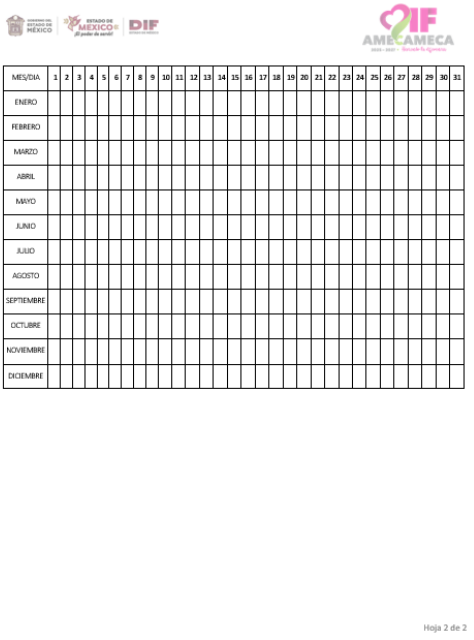
1. Encabezado; colocar nombre completo, número de expediente, edad y sexo
2. Fecha y hora; colocar fecha y hora de la atención
3. Notas; realizar la nota de acuerdo con normatividad
4. Al final de la nota colocar nombre completo, cedula profesional y firma.



UBRIS AMECAMECA

FECHA INGRESO: _____ No. EXPEDIENTE _____ EDAD: _____ SEXO: _____	
NOMBRE:	TELEFONO:
TERAPEUTA:	FECHA DE INICIO:
DIAGNOSTICO:	
INDICACIONES:	

Hoja 1 de 2

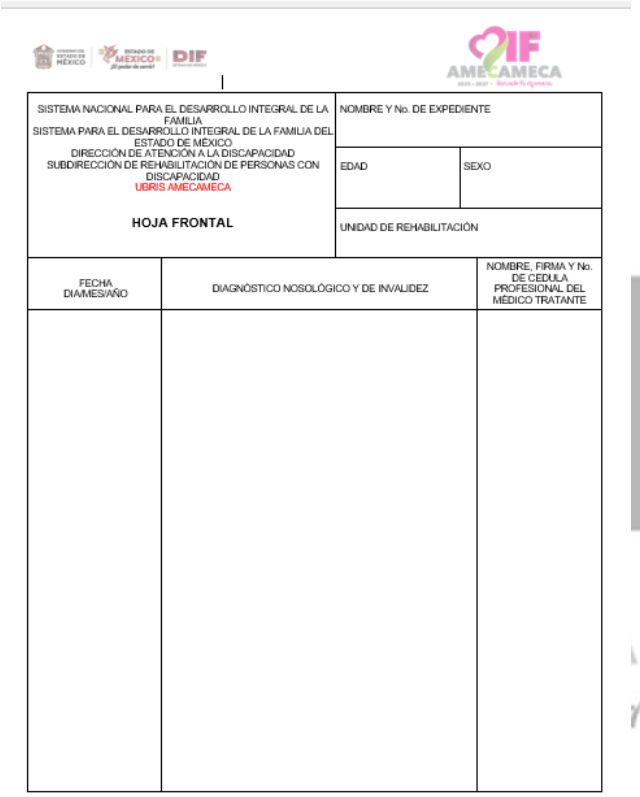


MES/DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
AGOSTO																															
SEPTIEMBRE																															
OCTUBRE																															
NOVIEMBRE																															
DICIEMBRE																															

Hoja 2 de 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Encabezado; fecha de ingreso, número de expediente, edad, sexo, nombre completo, teléfono, nombre del terapeuta, fecha de inicio y diagnostico
2. Colocar las indicaciones del médico tratante
3. En el cronograma marcar con una X, las citas programadas de terapias o atenciones



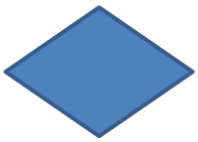
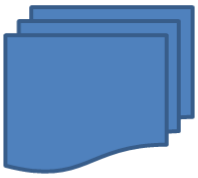
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD UBRIS AMECAMECA HOJA FRONTAL	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
	EDAD	SEXO
	UNIDAD DE REHABILITACIÓN	

FECHA DIA/MES/AÑO	DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE, FIRMA Y No. DE CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Encabezado; colocar nombre completo, número de expediente, edad y sexo
2. Fecha de apertura de expediente (día/ mes/ año)
3. Colocar el diagnostico nosológico o de invalidez
4. Colocar nombre completo, cedula profesional y firma del médico tratante.

SIMBOLOGÍA

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Terminal. Indica el inicio o la terminación del flujo del proceso		Actividad. Representa una actividad llevada a cabo en el proceso.
	Decisión. Indica un punto en el flujo en que se produce una bifurcación del tipo "SÍ" – "NO"		Documento. Se refiere a un documento utilizado en el proceso, se utilice, se genere o salga del proceso.
	Multidocumento. Refiere a un conjunto de documentos. Por ejemplo, un expediente que agrupa distintos documentos.		Inspección/ firma. Empleado para aquellas acciones que requieren supervisión (como una firma o "visto bueno")
	Base de datos/ aplicación. Empleado para representar la grabación de datos.		Línea de flujo. Proporciona una indicación sobre el sentido de flujo del proceso.

REGISTRO DE EDICIONES

Primera edición Julio 2025	Elaboración del Manual de Procedimientos

DIF AMECAMECA
2025 – 2027 • Haciendo la diferencia

VALIDACIÓN

LIC. MA. GUADALUPE RICARDA AGUILAR RODRÍGUEZ

PRESIDENTA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE AMECAMECA

LIC. SONIA MORALES SUAREZ

SECRETARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE AMECAMECA

LIC. JESÚS SILVA ORTIZ

TESORERO DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE AMECAMECA

C. ANDREA MENESES CASTRO

PRIMER VOCAL DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE AMECAMECA

ING. JESÚS ORLANDO GÓMEZ CASTREJÓN

SEGUNDO VOCAL DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE AMECAMECA