



Presidencia Municipal de Metepec, Hidalgo **DIF**

SISTEMA INTEGRAL DE LAS FAMILIAS METEPEC, HIDALGO

Manual de Procedimientos

Enero 2025

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

INDICE

1.1	INTRODUCCIÓN.....	4
1.2	OBJETIVO GENERAL	4
1.3	MISION Y VISION	5
	MISION	5
	VISION	5
1.4	MARCO JURIDICO.....	6
1.5	ORGANIGRAMA ESPECIFICO	8
1.6	DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS.....	9
1.6.1	DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS.....	10
1.6.2	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	15
1.6.3	DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS.....	17
1.6.4	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMINETOS.....	32
1.6.5	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	43
1.6.7	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	48
1.6.8	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	51
1.6.9	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	54
1.6.10	DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS	56
1.7	VALIDACIÓN	58
1.8	ANEXOS.....	59
1.8.1	MEMORIA FOTOGRAFICA ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA	59
1.8.2	INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA.....	60
1.8.3	RUTA MUNICIPAL DE DISTRIBUCION ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA	61
1.9.1	REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTO MAYOR	62
1.9.2	REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTO MAYOR	63
1.9.3	LISTA DE ENTREGA, ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTO MAYOR.....	64
1.10.1	REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS.....	65

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]



1.10.2 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....66

1.10.3 LISTA DE ENTREGA, ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD67

1.11 FORMATO DE RECEPCION DE APOYOS AYUDAS TÉCNICAS.....68

1.11.2 CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO AYUDAS TÉCNICAS69

1.12.1 CARTA DE AUTORIZACION PARA MENOR DE EDAD, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD72

1.12.2 CARTA DE AUTORIZACION, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD73

1.12.3 ESTUDIO SOCIOECONOMICO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD74

1.12.4 CARTA RESPONSIVA, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD.....75

1.12.5 ENCUESTA DE SATISFACCION DEL BENEFICIARIO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD76

1.13 GENERAL DEL PROYECTO “PROMOCION Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”77

1.14.1 LISTA DE ASISTENCIA MADRES, PADRES Y PERSONAS QUE EJERCEN LA TUTRELA, CENTRO PILARES78

1.14.2 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (13 – 17 AÑOS), CENTRO PILARES79

1.14.3 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (6 – 11 AÑOS), CENTRO PILARES83

1.14.4 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES86

1.14.5 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES87

1.14.6 LISTA GENERAL DE ASISTENCIA, CENTRO PILARES89

1.14.7 RESGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y REINGRESO, CENTRO PILARES90

1.15.1 EVIDENCIA FOTOGRAFICA, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....91

1.15.2 CEDULA DEL BENEFICIARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO92

1.15.3 RECETARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO93

1.15.4 RECIBO DE MENÚS, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....94

1.15.5 REGLAS DE OPERACIÓN, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....95

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

1.1 INTRODUCCIÓN

Este manual de procedimientos será guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo.

Comprende en forma ordenada, secuencial y detallada las operaciones de los procedimientos a seguir para cada actividad laboral, promoviendo el buen desarrollo administrativo de la Comisión y dando cumplimiento con ello, para poder seguir atendiendo las necesidades que tiene la ciudadanía enfocada a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, seguir siendo parte de la historia del Municipio.

De las diferentes actividades del Sistema Integral de la Familia del Municipio de Metepec, Hidalgo: servirá como un instrumento de apoyo y mejora Institucional.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar acciones en materia de asistencia social de manera corresponsable y en apego a lo establecido en las leyes y lineamientos aplicables a través de la ejecución de programas y proyectos encaminados al beneficio de las familias hidalguenses más vulnerables a fin de contribuir a su desarrollo humano y calidad de vida.

[Vertical column of handwritten signatures in blue ink]



1.3 MISION Y VISION

MISION

Ser un Organismo Gubernamental promotor de los derechos de niños, niñas, personas vulnerables, a través de la creación de estrategias innovadoras, regidos por los valores de honestidad, compromiso, empatía, respeto, equidad, calidez, efectividad y profesionalismo, para la estructura de "Familias con impulso", resguardando información personal de la ciudadanía de Metepec.

VISION

Amparar y promover el bienestar integral de las familias en Metepec, impulsando de manera responsable el desarrollo humano de personas vulnerables e infantes, implementando programas y acciones de asistencia social en colaboración con los departamentos de Gestión y Trabajo Social, Psicología, Jurídico y Nutricional, para brindar atención en la calidad de vida dentro del contexto familiar

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

1.4 MARCO JURIDICO

DIARIO OFICIAL/ miércoles 11 de mayo de 2016

- Que la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014, en su artículo 1° tiene entre sus objetivos:
 - I) Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
 - II) Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte.
- Que con fecha 02 de diciembre de 2015, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, el que establece obligaciones al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** entre ellas integrar y en su caso operar diversos registros, diseñar, administrar y resguardar bases de datos, otorgar y en su caso revocar autorizaciones, publicar normatividad diversa en materia de adopciones en el ámbito de su competencia.
- Que la Ley y el Reglamento en cita establecen que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la igualdad sustantiva, la no discriminación, la inclusión, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, a la participación, la interculturalidad, la corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades, la transversalidad en la legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales, a la autonomía progresiva, al principio por persona, al acceso a una vida libre de violencia y a la accesibilidad

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

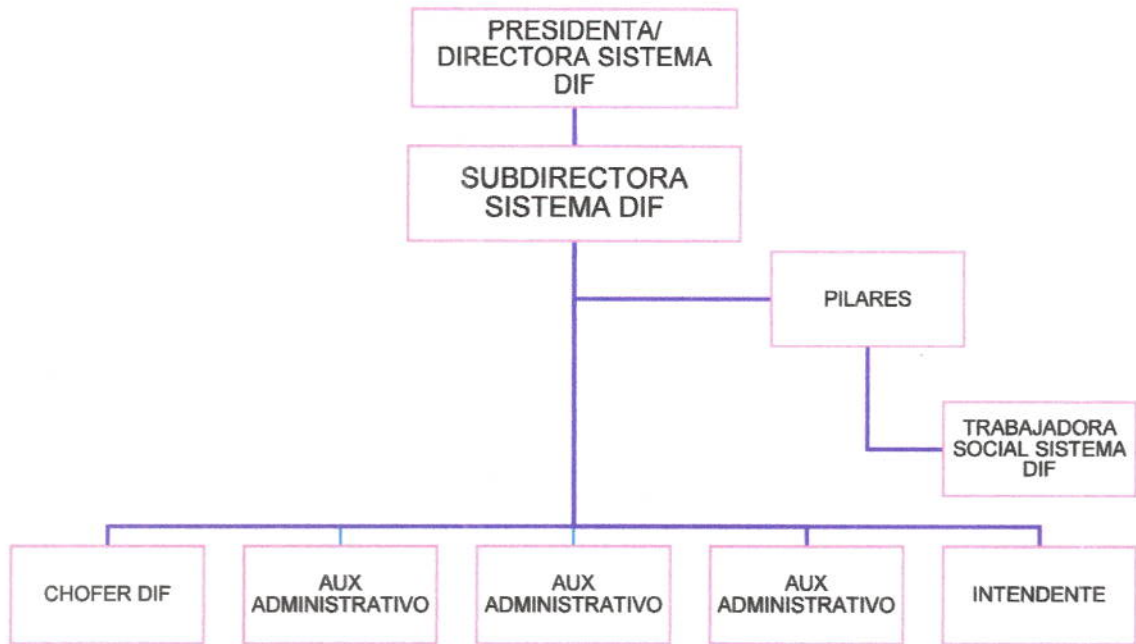


DE LA COMPETENCIA Y ORGANIZACIÓN

- Artículo 1. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es el Organismo Público Descentralizado a que se refieren los artículos 172 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley de Asistencia Social, cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propios y es el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. Cuando en el presente ordenamiento se haga mención al Organismo, se entenderá hecha al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. El Organismo deberá cumplir con los objetivos que le establecen la Ley General de Salud, la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley General de Víctimas, la Ley de Asistencia Social, y demás disposiciones legales aplicables.

[Vertical column of handwritten signatures in blue ink]

1.5 ORGANIGRAMA ESPECIFICO



[Handwritten signatures and notes on the right margin]



1.6 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
1	NAYELI LOPEZ MONTIEL	Gestionar, Autorizar, Coordinar, planear, dirigir, sus recursos humanos y materiales, para poder ayudar a la ciudadanía (niños, niñas, adolescentes y adultos mayores).	Salvaguardar los derechos, la educación, la salud y el bienestar de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. Atendiendo las diferentes necesidades que la población presenta.

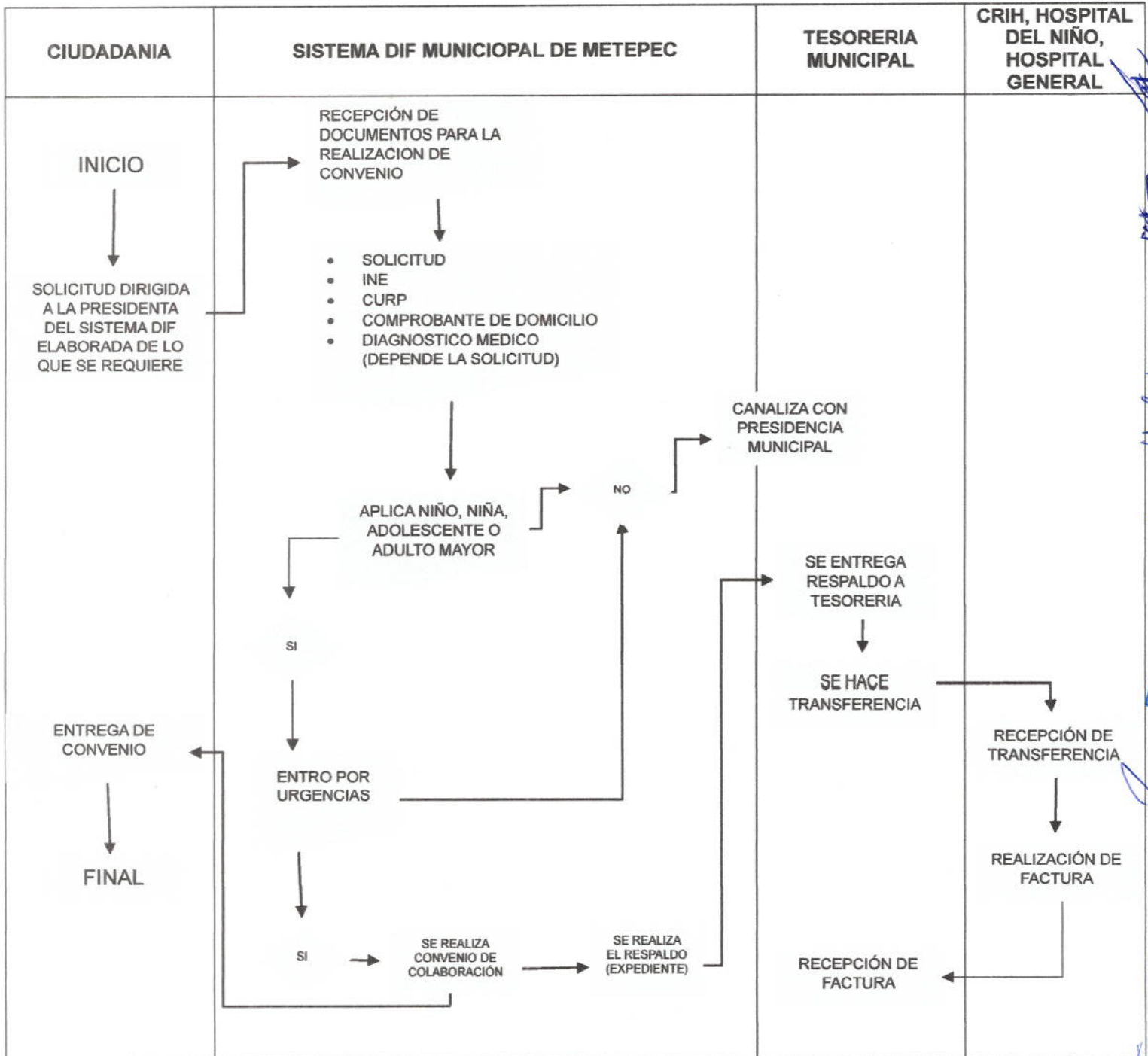
[Vertical column of handwritten signatures and initials in blue ink]

1.6.1 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
2	SANDRA KAREN EULOGIO MIRANDA	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar apoyos para poder brindar un mejor servicio a la población, (donaciones de despensas, medicamentos, productos de canasta básica, sillas de ruedas, andaderas, bastones, et.) • Gestionar convenios de colaboración con dependencias de salud, para la comunidad de escasos recursos, (niños, niñas, adolescentes y adultos mayores), para apoyos económicos. • Solucionar como unidad de primer contacto, problemas legales que se presenten en el Sistema DIF. • Secretaria general de SIPINNA. 	Salvaguardar los derechos, la educación, la salud y el bienestar de los niños, niñas, adolescentes adultos mayores. Atendiendo las diferentes necesidades que la población presenta.

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page.]

DIAGRAMA DE FLUJO (COVENIO DE COLABORACION)

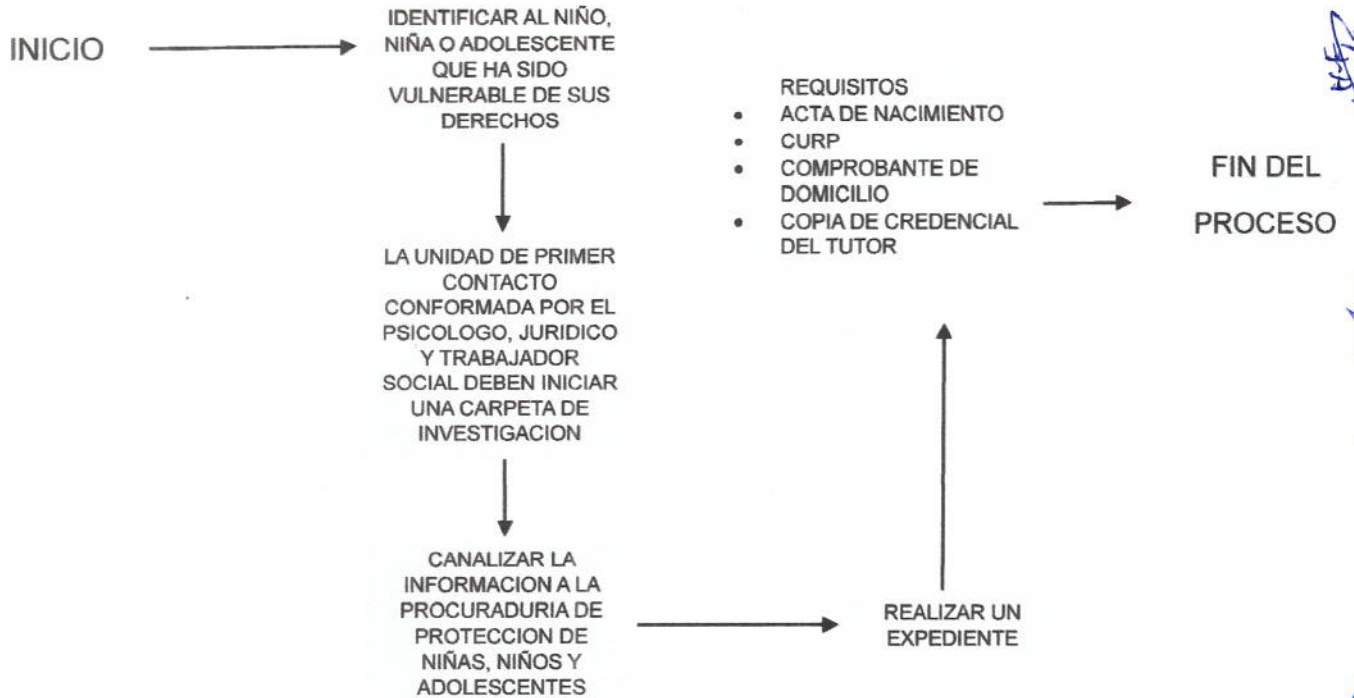


SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.


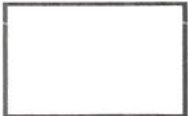

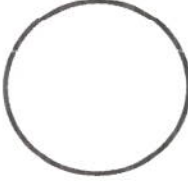



[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

DIAGRAMA DE FLUJO (SIPINNA)



[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMA DE FLUJO

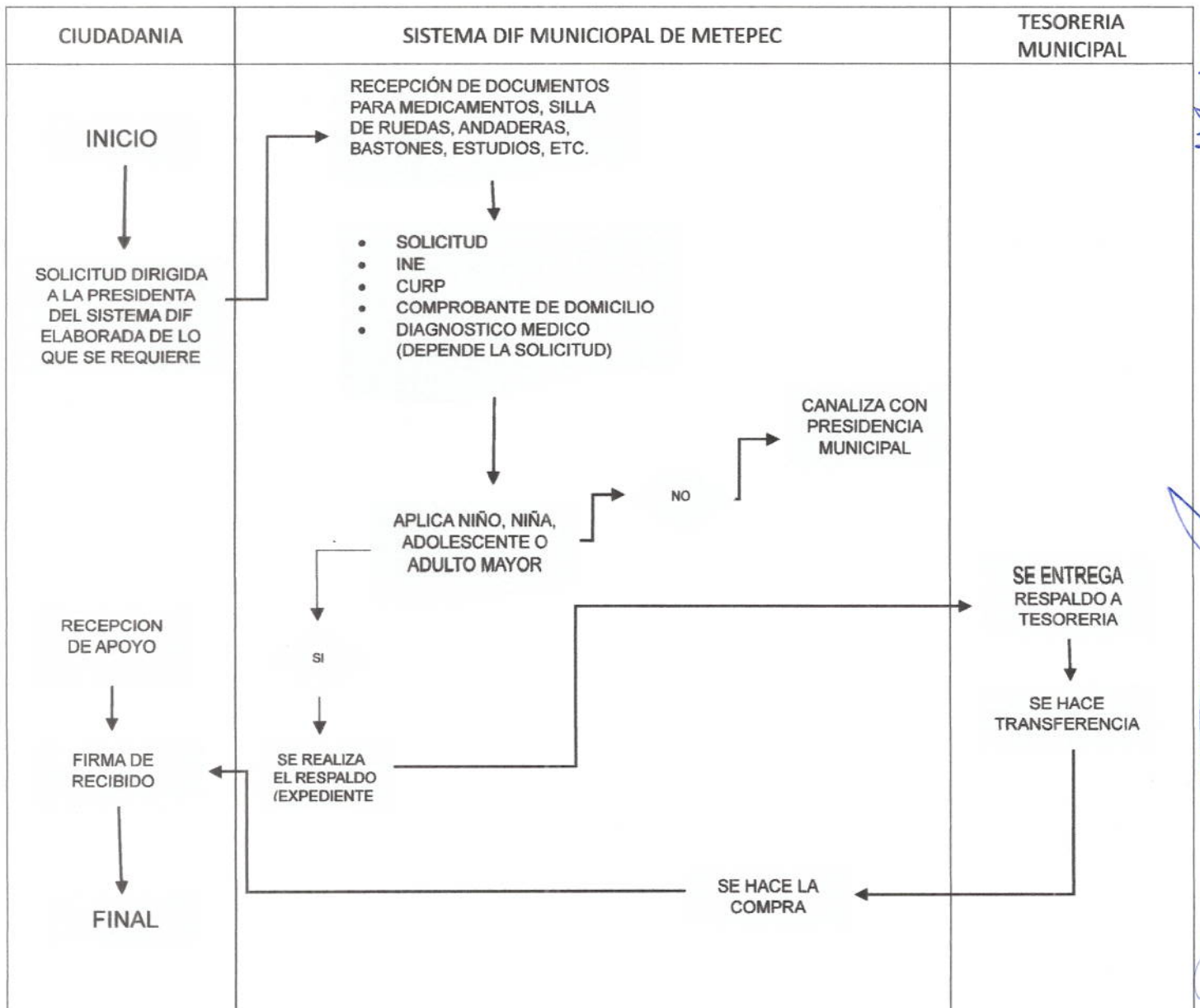
SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

Vertical handwritten notes and signatures on the right margin.

1.6.2 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS




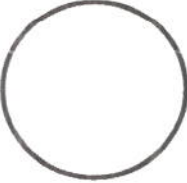



No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
3	NAYELI LOPEZ MONTIEL	<ul style="list-style-type: none"> Recepción de papeleo para apoyos, donación. Justificación de gastos en tesorería. 	Atención a la recepción de toda solicitud entrante al Sistema DIF Metepec.

DIAGRAMA DE FLUJO (SOLICITUD DE APOYO)



[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin of the page.]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin]

1.6.3 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
4	INDYRA LAZCANO NERI	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> Estrategias de Orientación y Educación Alimentaria 	Orientar y educar a la población en general, en temas alimentarios para mejorar la salud, es de eje transversal dando inicio y apoyo a los programas de alimentarios y de desarrollo.
	NAYELI LOPEZ MONTIEL	<ul style="list-style-type: none"> Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo 	Incrementar el acceso a la alimentación a bajo costo a población vulnerable del estado de Hidalgo, a través del otorgamiento de raciones alimenticias calientes con calidad nutricia
	DULCE GUADALUPE SANTANA PEREZ	<ul style="list-style-type: none"> Sujetos Vulnerables, Adultos Mayores 	Mejorar el estado nutricional de hombres y mujeres de 60 años del Estado de Hidalgo que presentan mal nutrición o en riesgo de padecerla, mediante la entrega de dotaciones alimentarias.
		<ul style="list-style-type: none"> Sujetos Vulnerables con Discapacidad Permanente 	Mejorar el estado nutricional de personas con discapacidad permanente del Estado de Hidalgo que presentan mal nutrición o en riesgo de padecerla, mediante la entrega de dotaciones alimentarias.

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page]




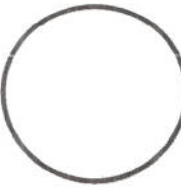
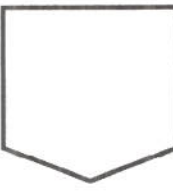




DIAGRAMA DE FLUJO (ESTRATEGIAS DE ORIENTACION Y EDUCACION ALIMENTARIA)



[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

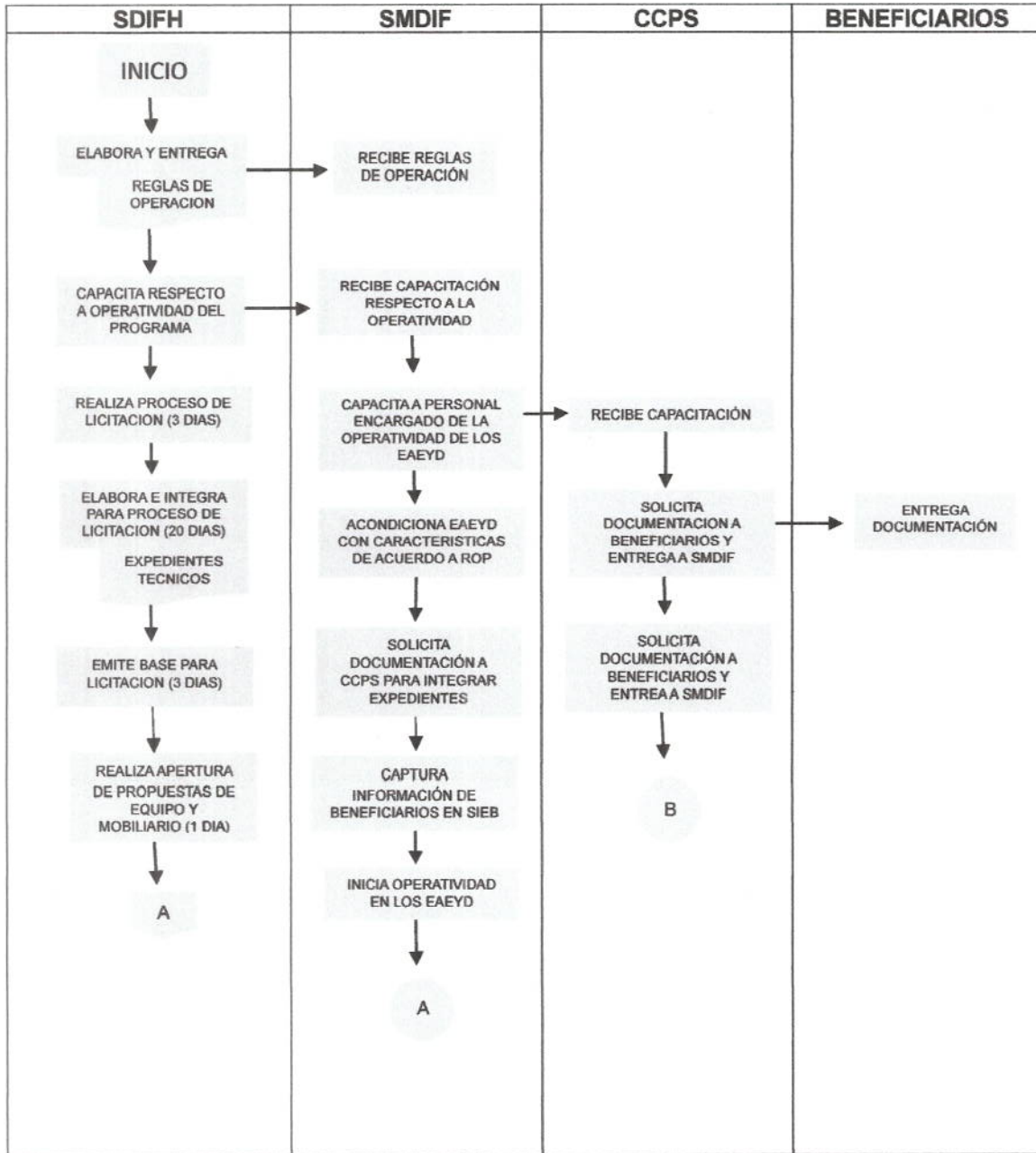
SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

DIAGRAMA DE FLUJO (ESPACIOS DE ALIMENTACION)

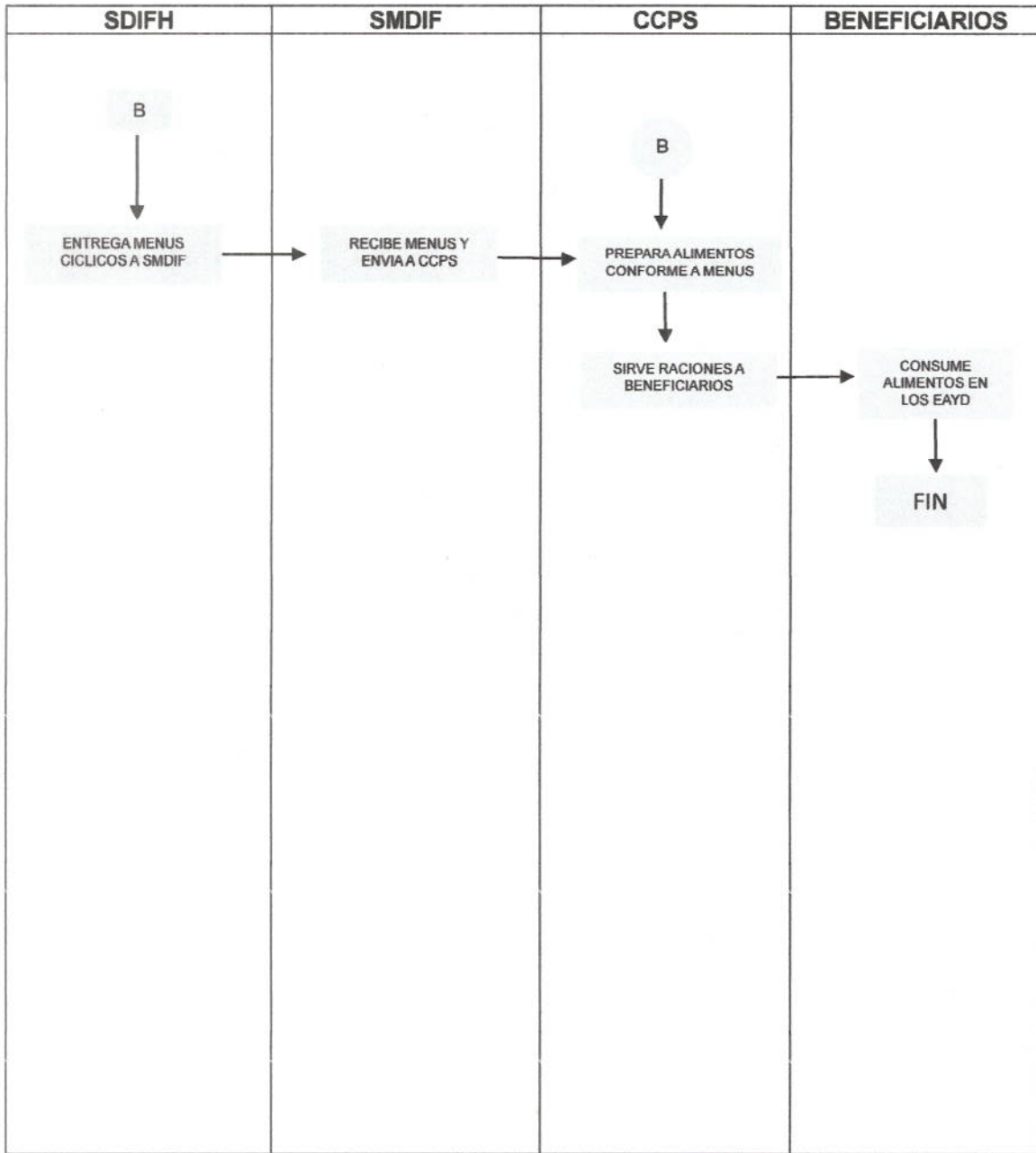
MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO



[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

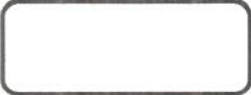


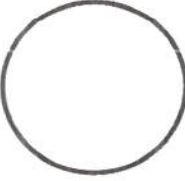

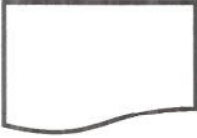

SDIFH	SMDIF	CCPS	BENEFICIARIOS
<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">DAA CONOCER JUNTA DE ACLARACIONES (1 DIA)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">EMITE FALLO DE LICITACION (2 DIAS)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">FIRMA CONTRATO CON EL PROVEEDOR (2 DIAS)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REALIZA ADQUISICION DE EQUIPO, MOBILIARIO, DESPENSAS Y HUERTOS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REALIZA ANALISIS DE LOS EAEyD QUE REQUIEREN REEQUIPAMIENTO Y HUERTOS ESCOLARES</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">CELEBRA CONTRATO DE COMODATO CON AUTORIDADES MUNICIPALES</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">B</p>			

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'A', 'B', and various illegible names]



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

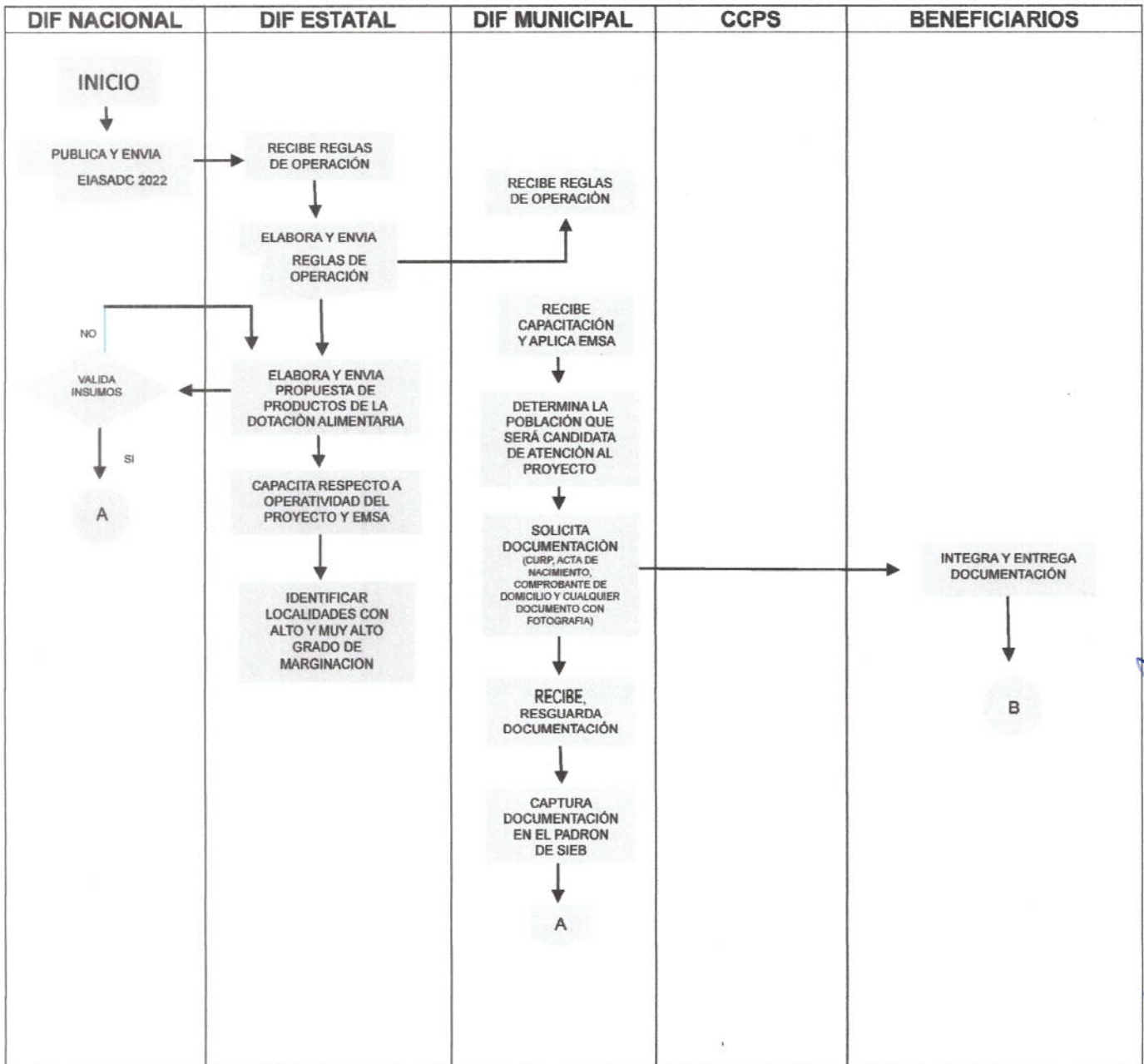
SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

H.F. Obispo
Unidad
SA
[Signature]
[Signature]
[Signature]

DIAGRAMA DE FLUJO (SUJETOS VULNERABLES, ADULTOS MAYORES)

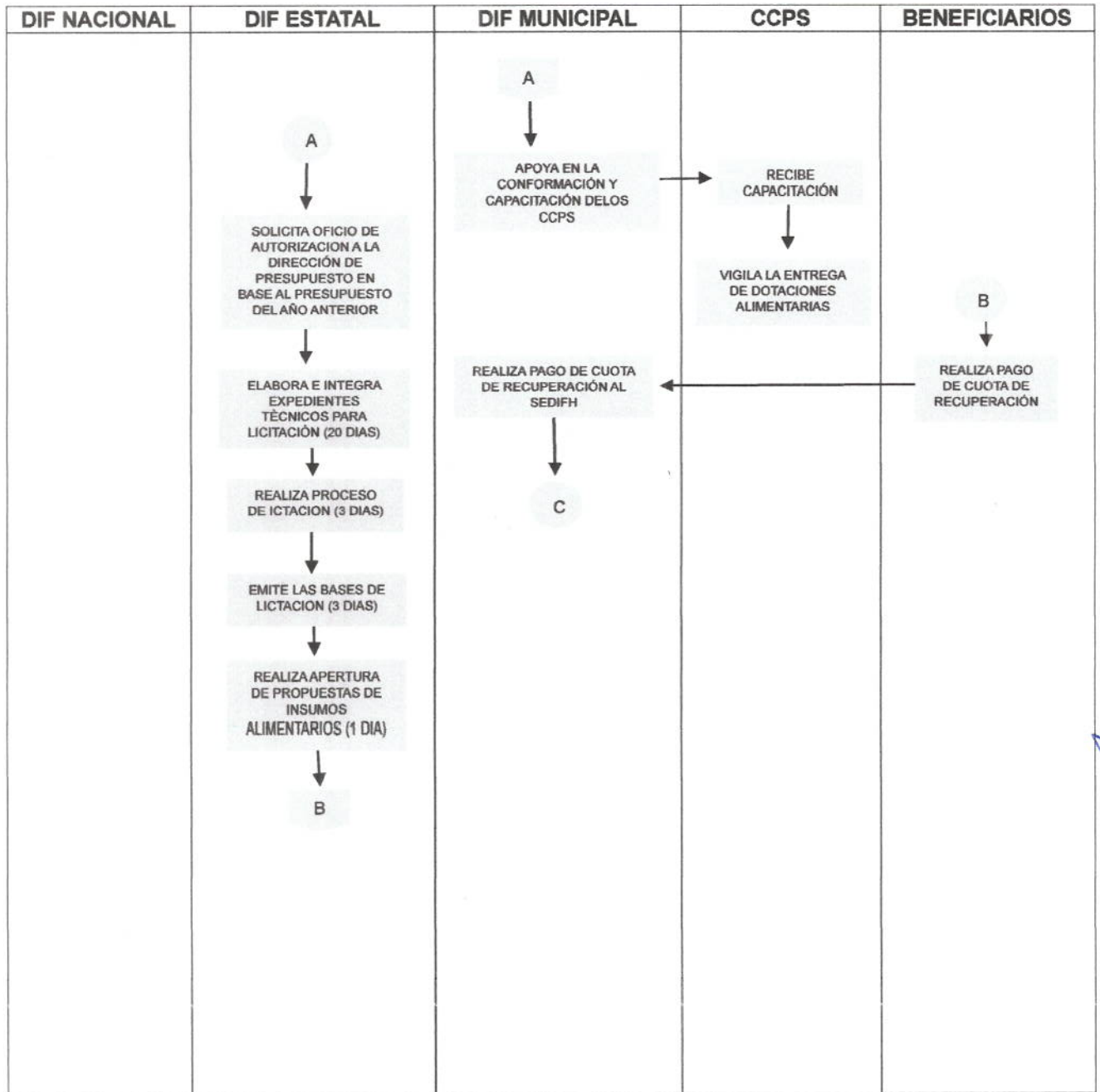
PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.



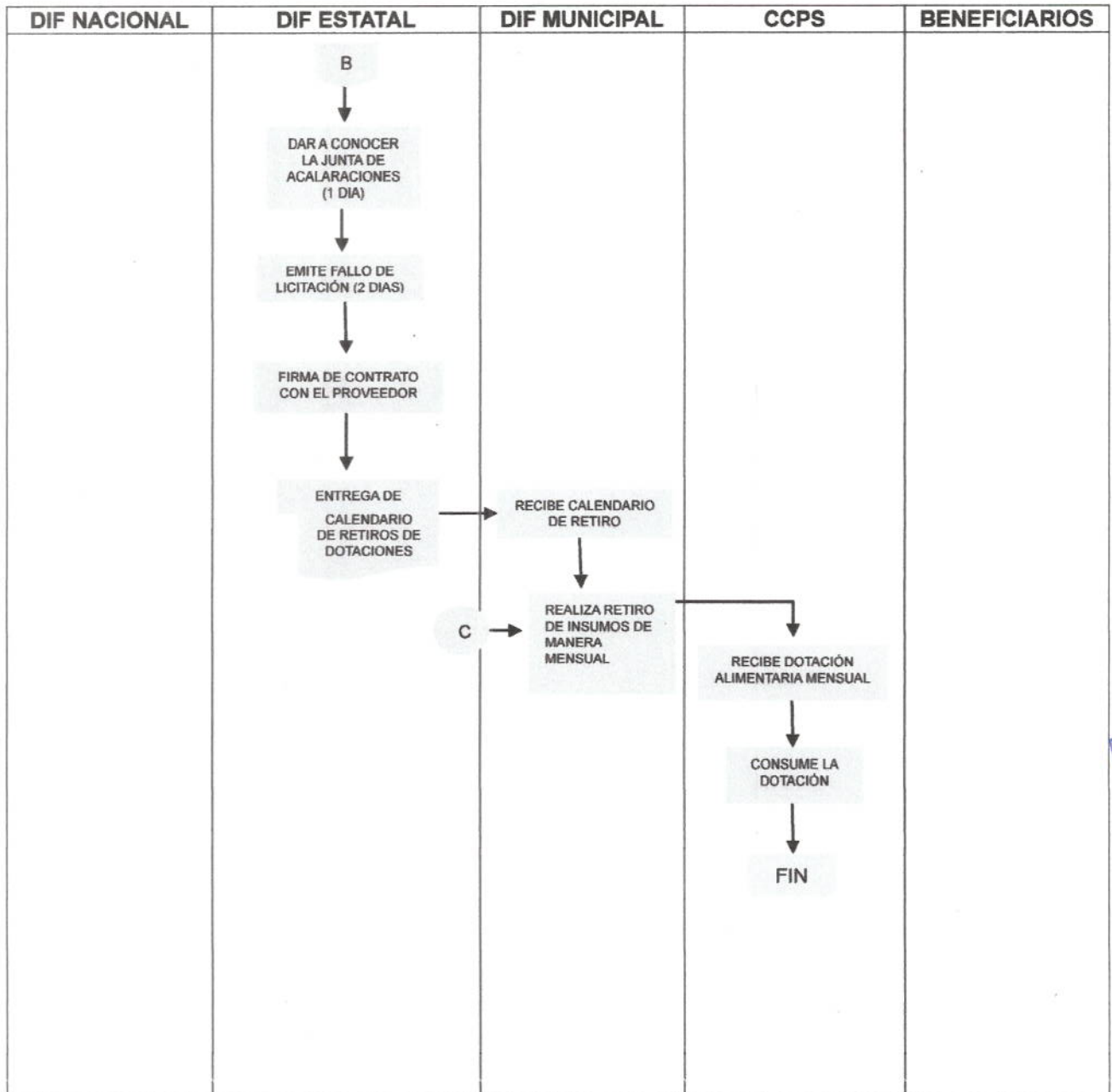
[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin of the page.]

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.




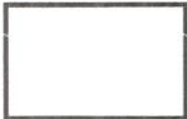

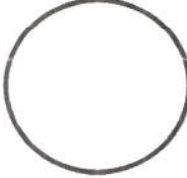
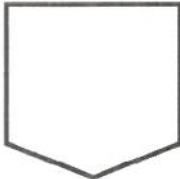


Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page.

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, ADULTOS MAYORES.



Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page.

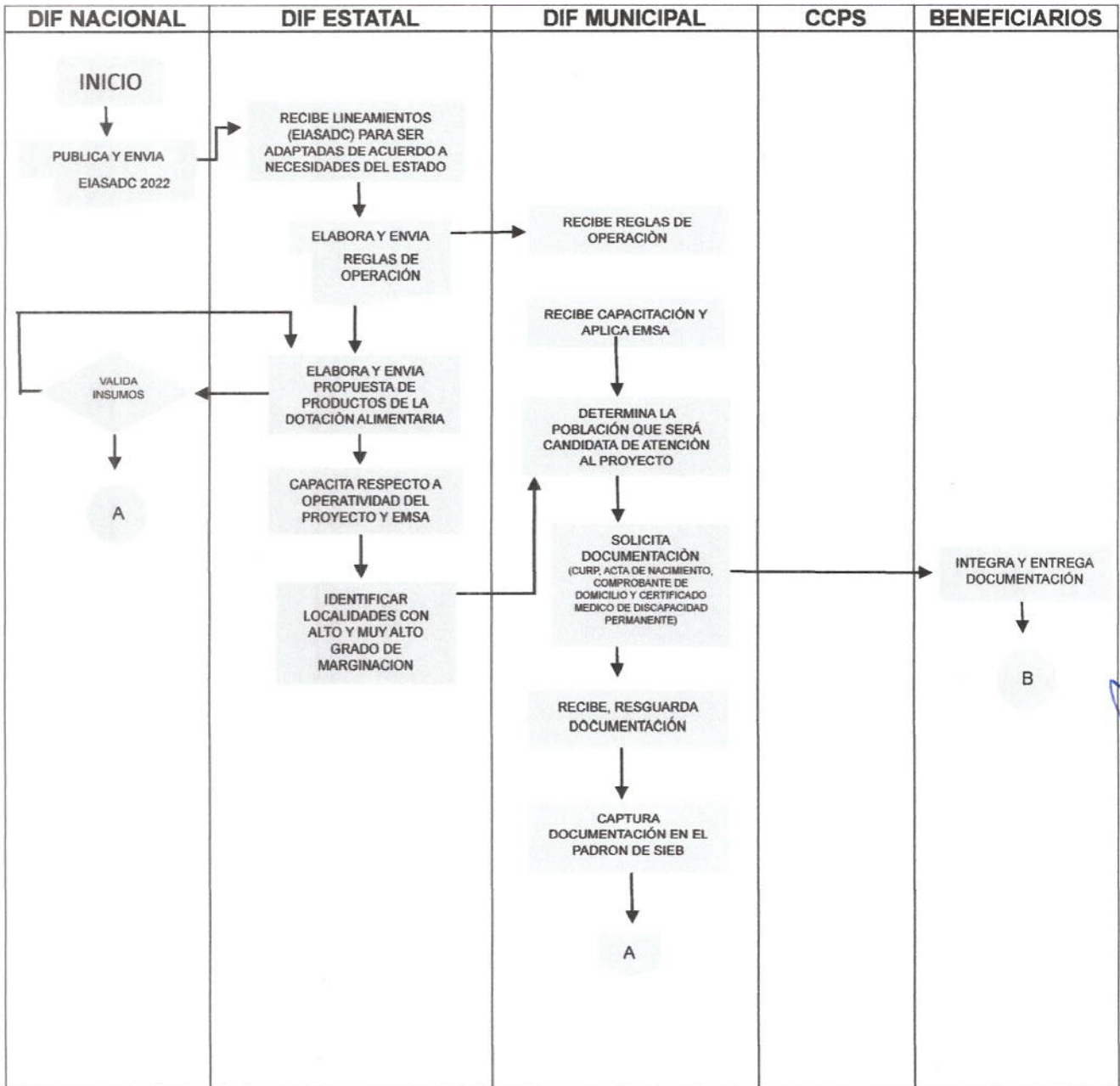
SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

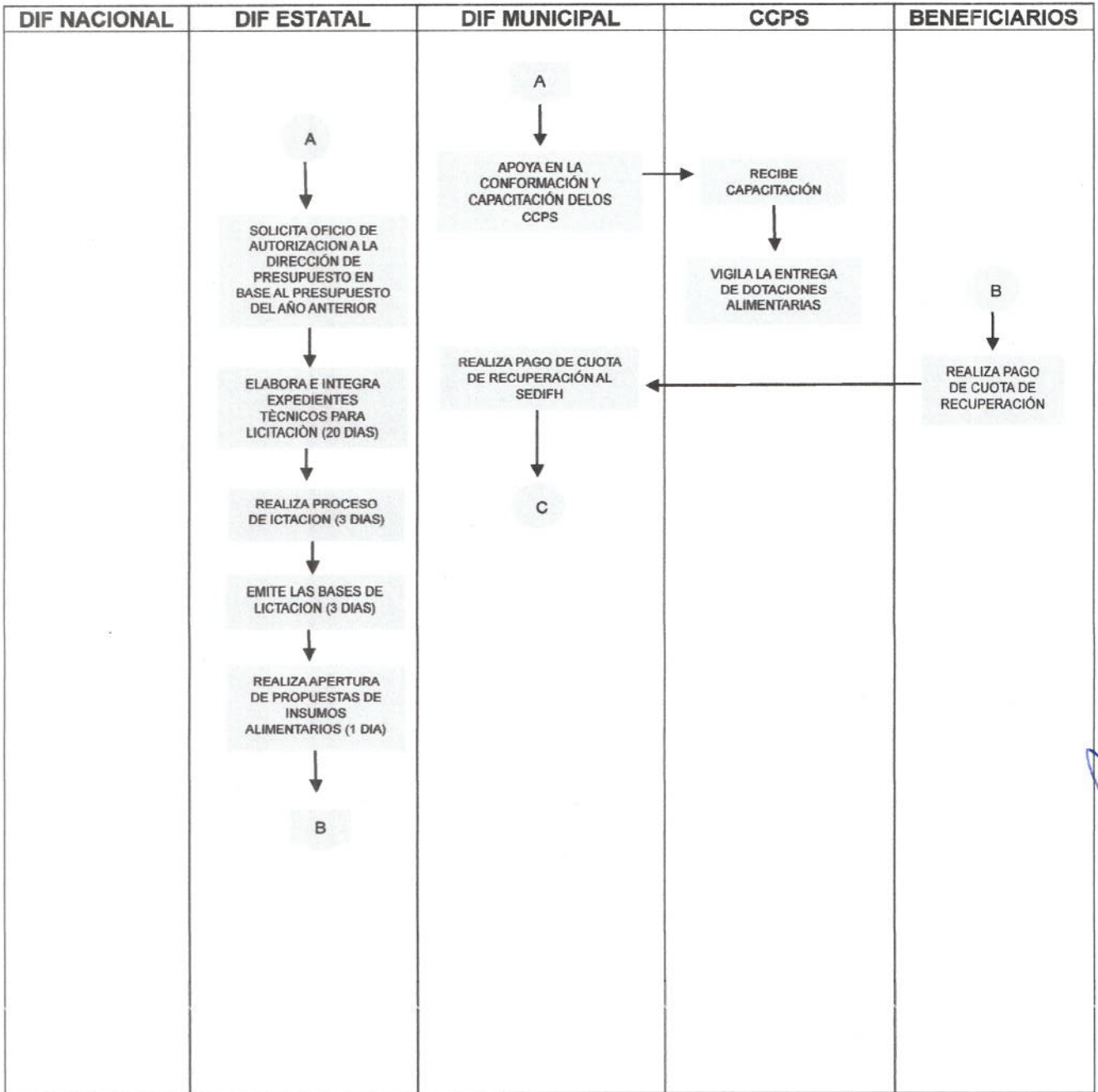
DIAGRAMA DE FLUJO (SUJETOS VULNERABLES, CON DISCAPACIDAD PERMANENTE).

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD



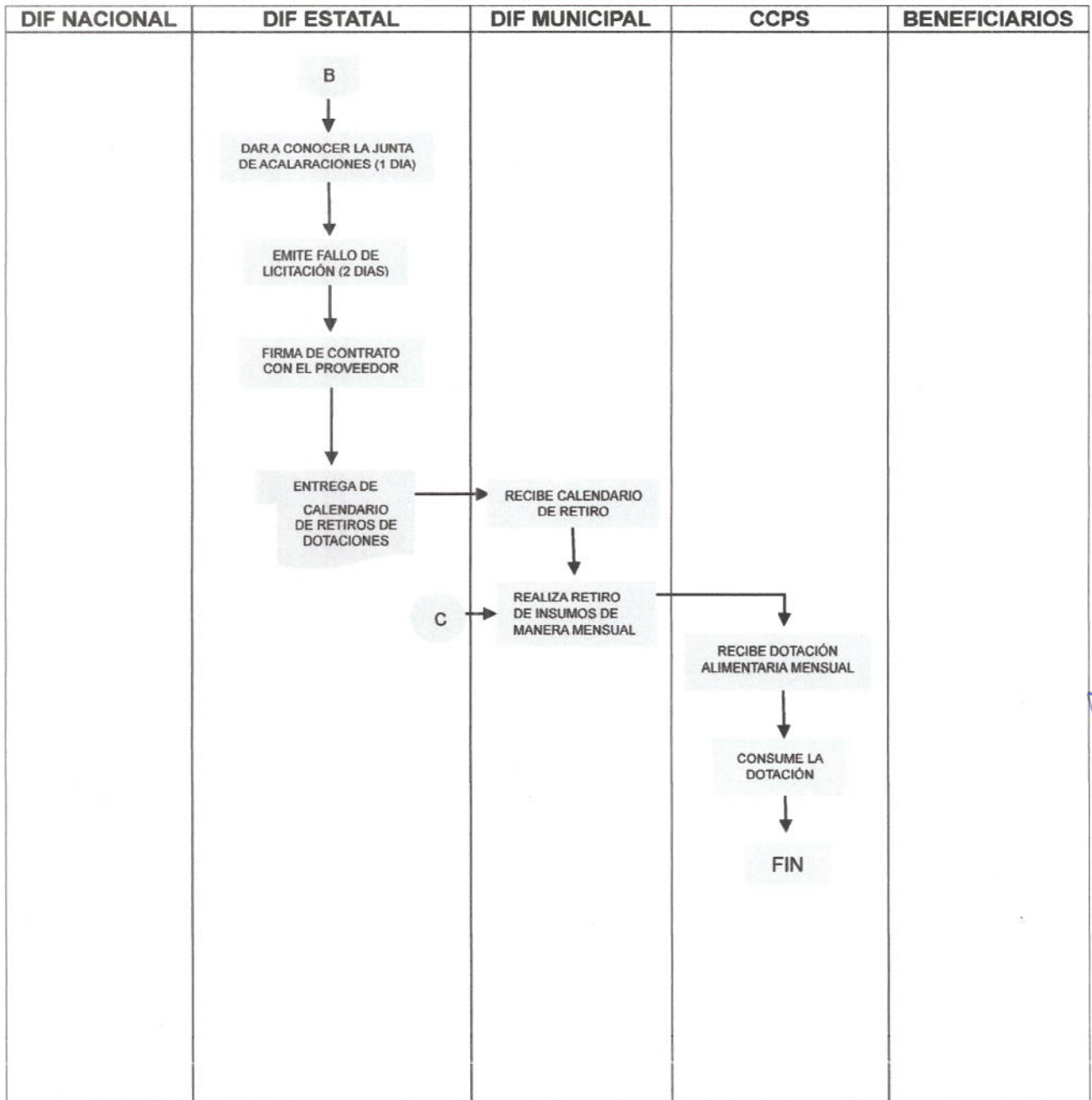
[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin of the page.]

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD




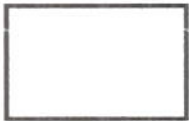

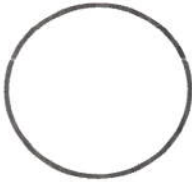
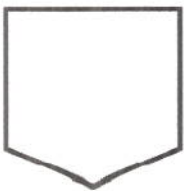


[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin of the page.]

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page.

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continúa el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continúa el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

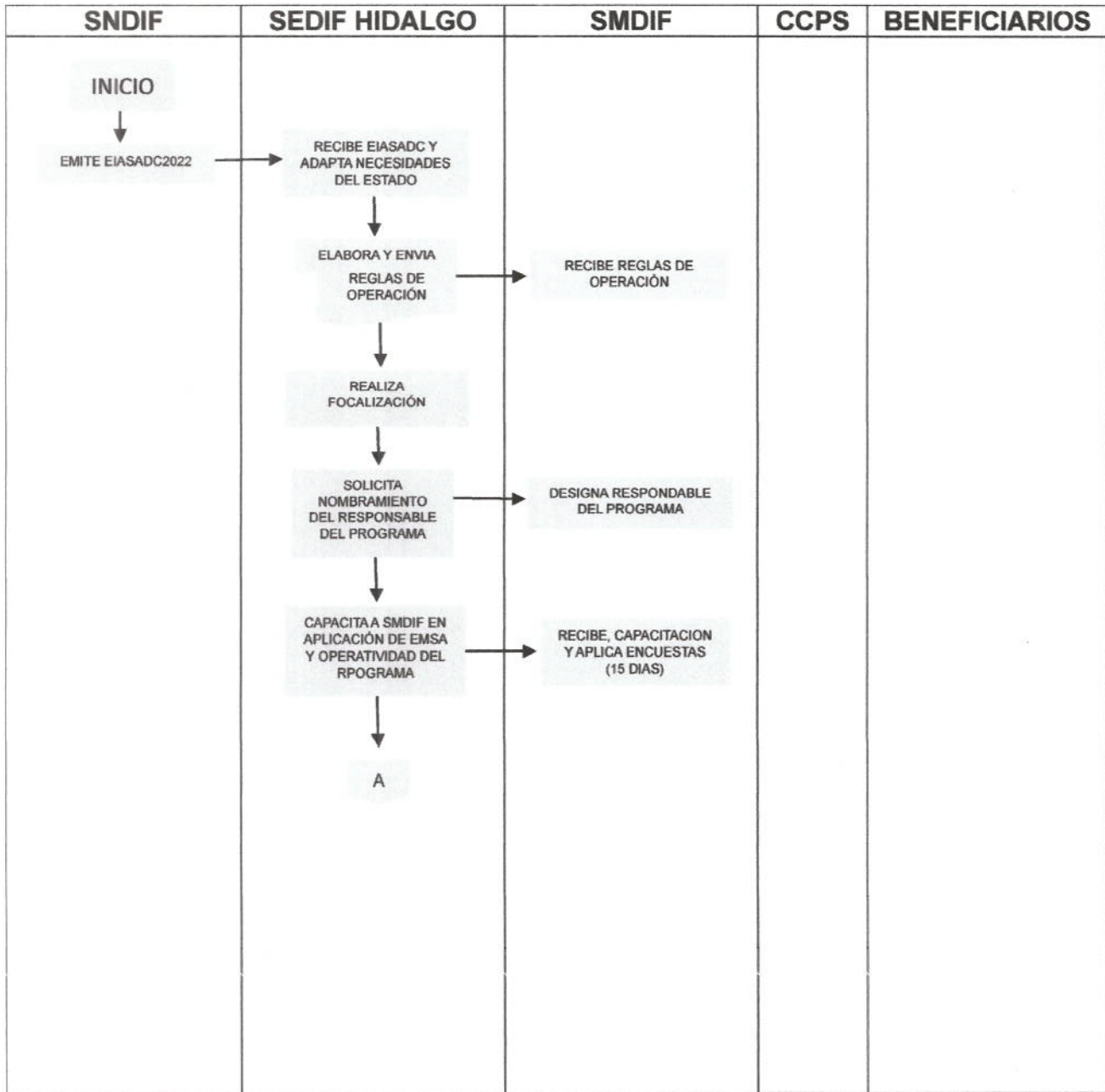
1.6.4 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMINETOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
5	DULCE GUADALUPE SANTANA PEREZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación Escolar Modalidad Fría <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación Escolar Modalidad Caliente 	Favorecer el acceso y consumo de alimentos nutritivos e inocuos de la población en condiciones de vulnerabilidad, que asiste a planteles públicos del Sistema Educativo Nacional, mediante la entrega de desayunos escolares, diseñados con base en criterios de calidad nutricia, acompañados de acciones de orientación educación alimentaria, así como de aseguramiento de la calidad, para favorecer un estado de nutrición adecuado.

[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin of the page.]

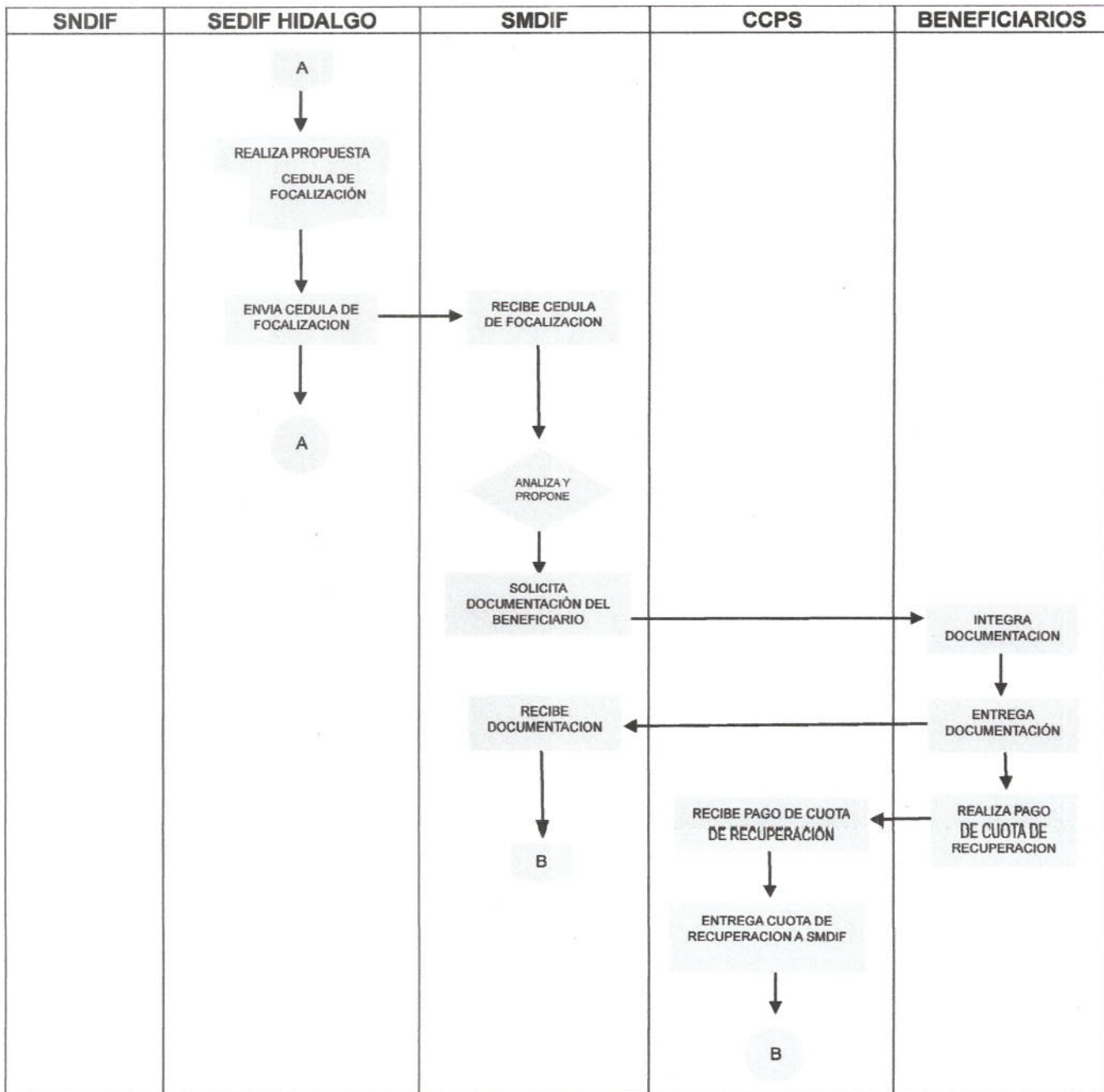
DIAGRAMA DE FLUJO (ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA)

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



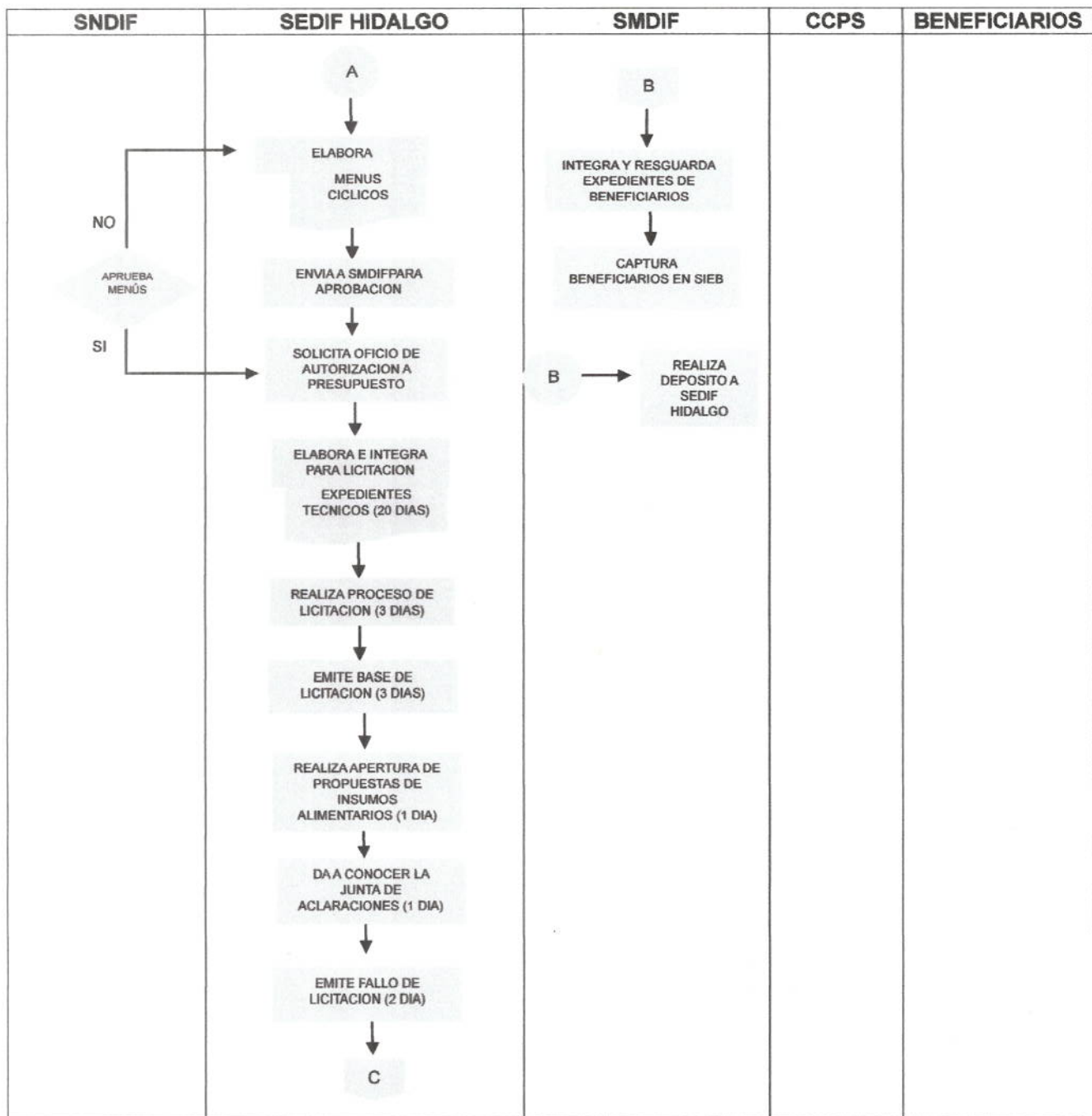
[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



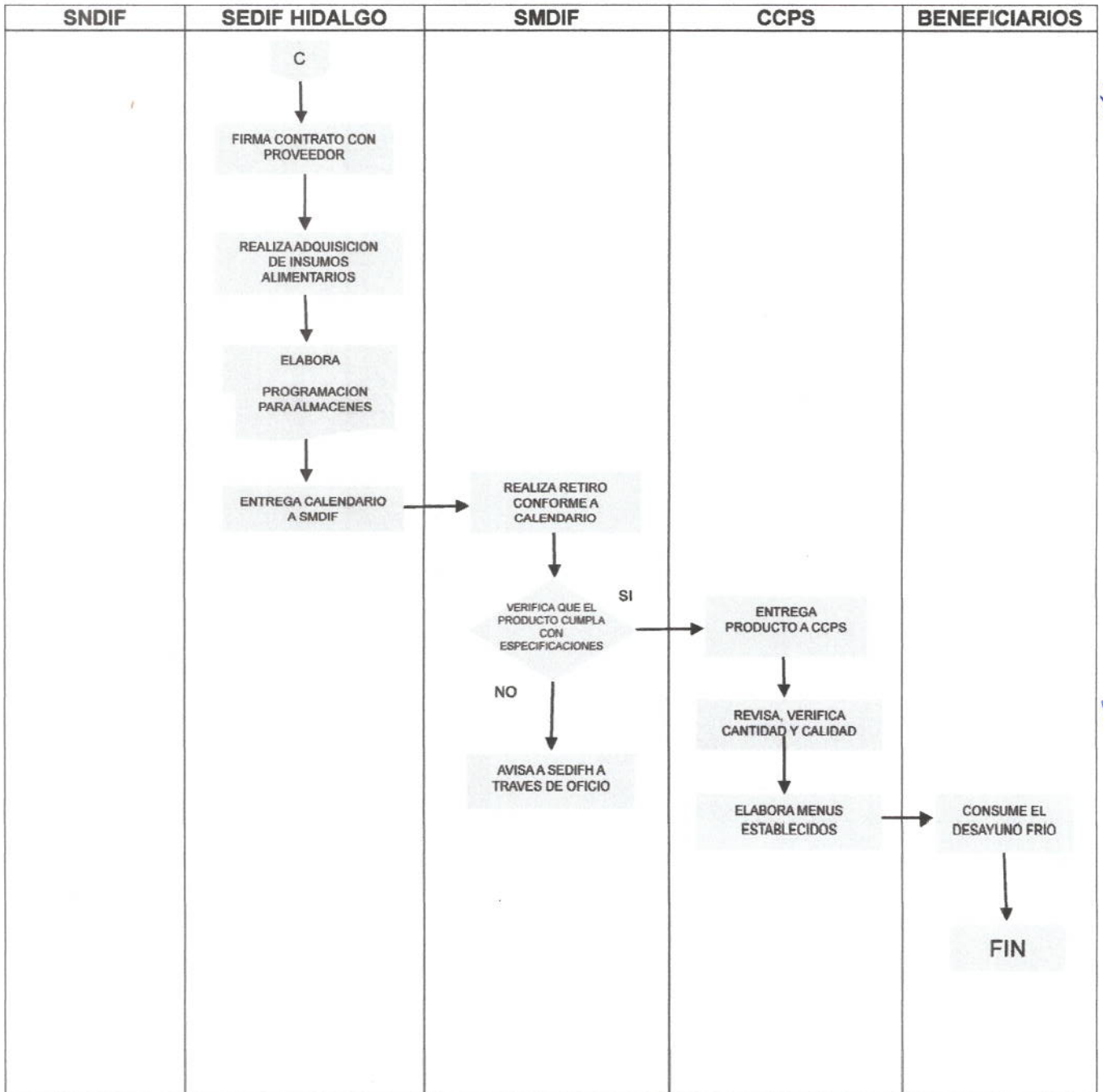
[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA






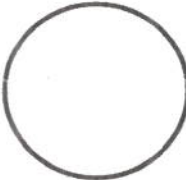
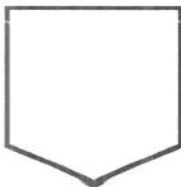


[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin of the page.]

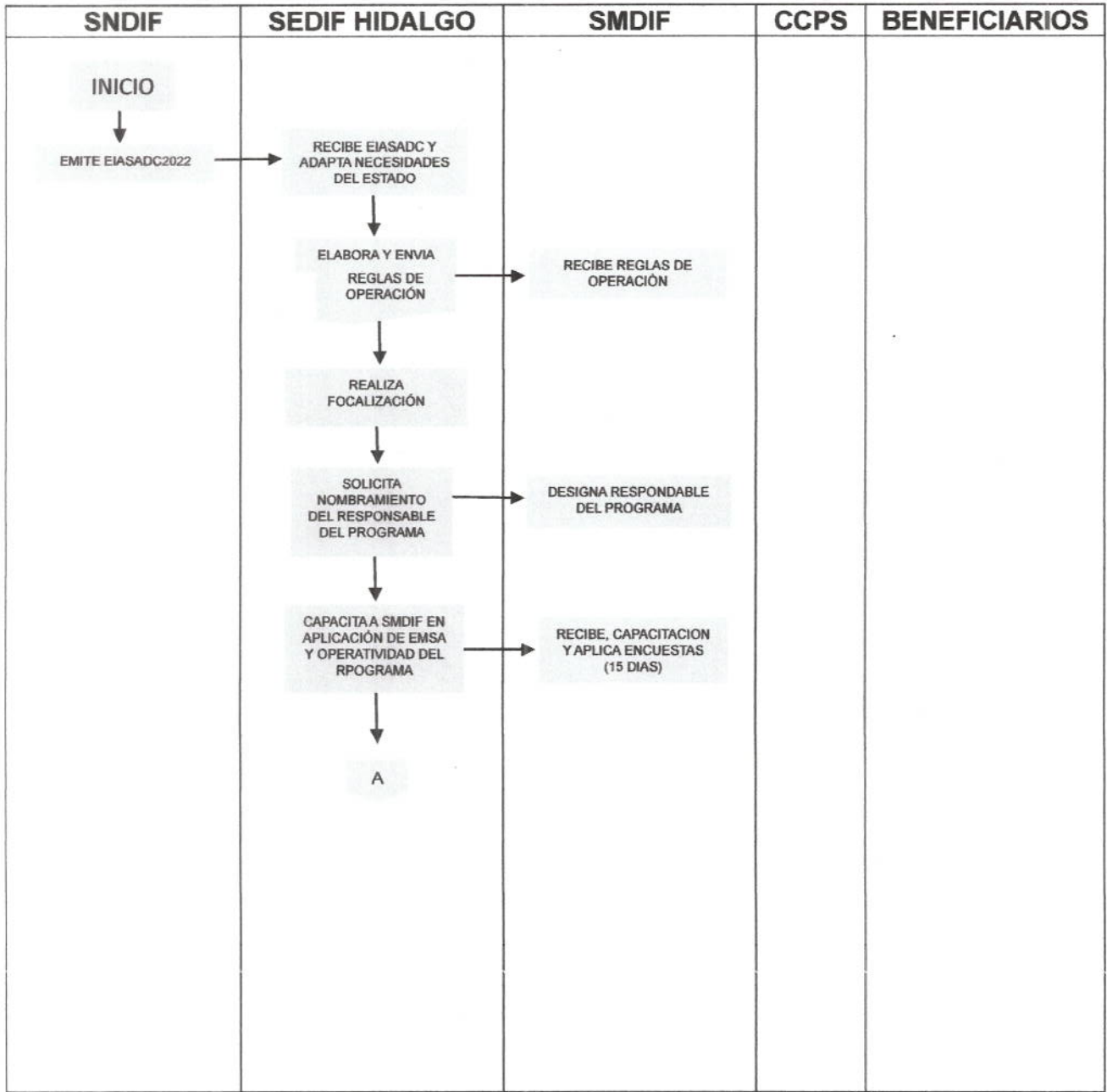
SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMA DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

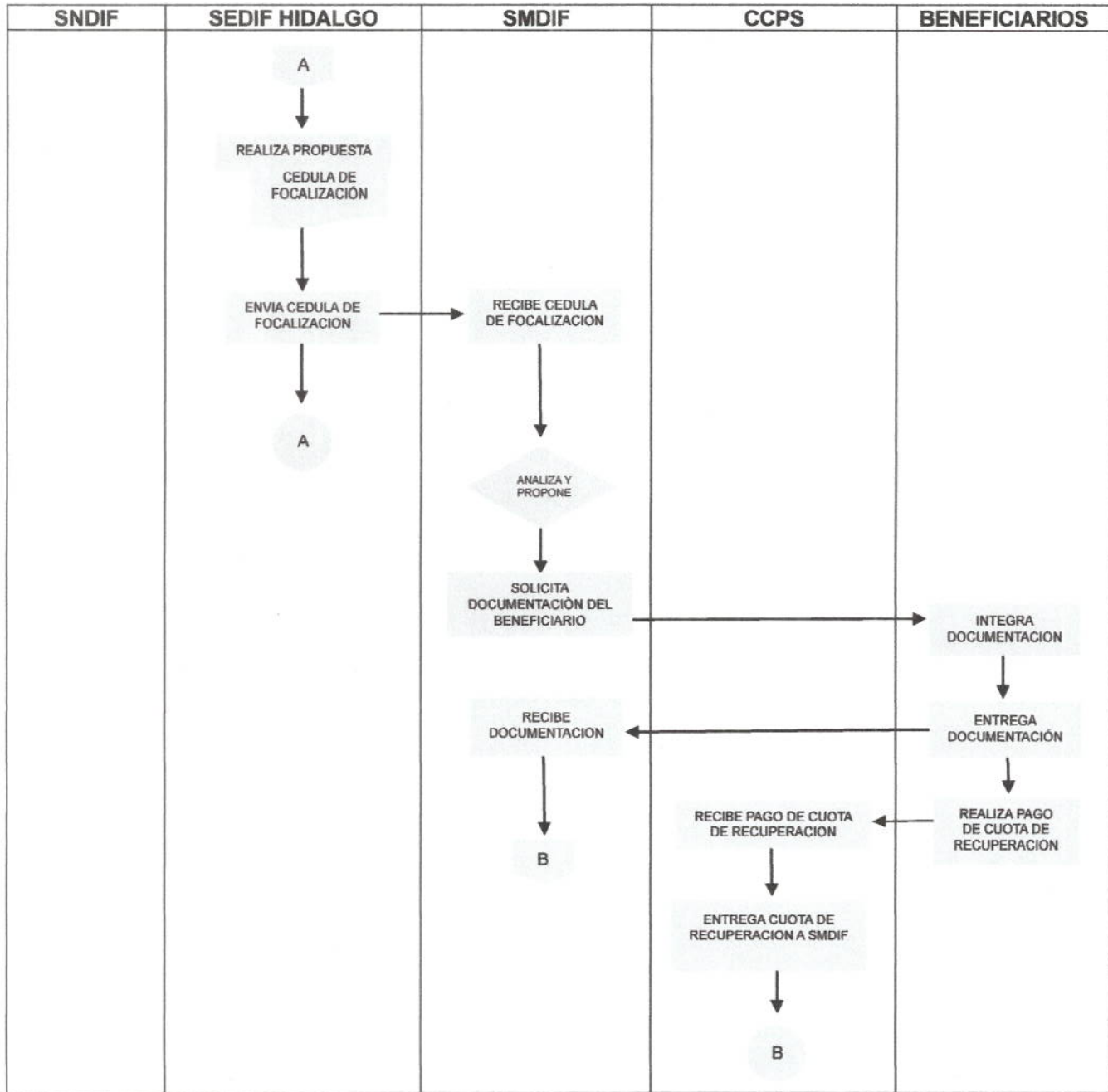
DIAGRAMA DE FLUJO (ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE)

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE



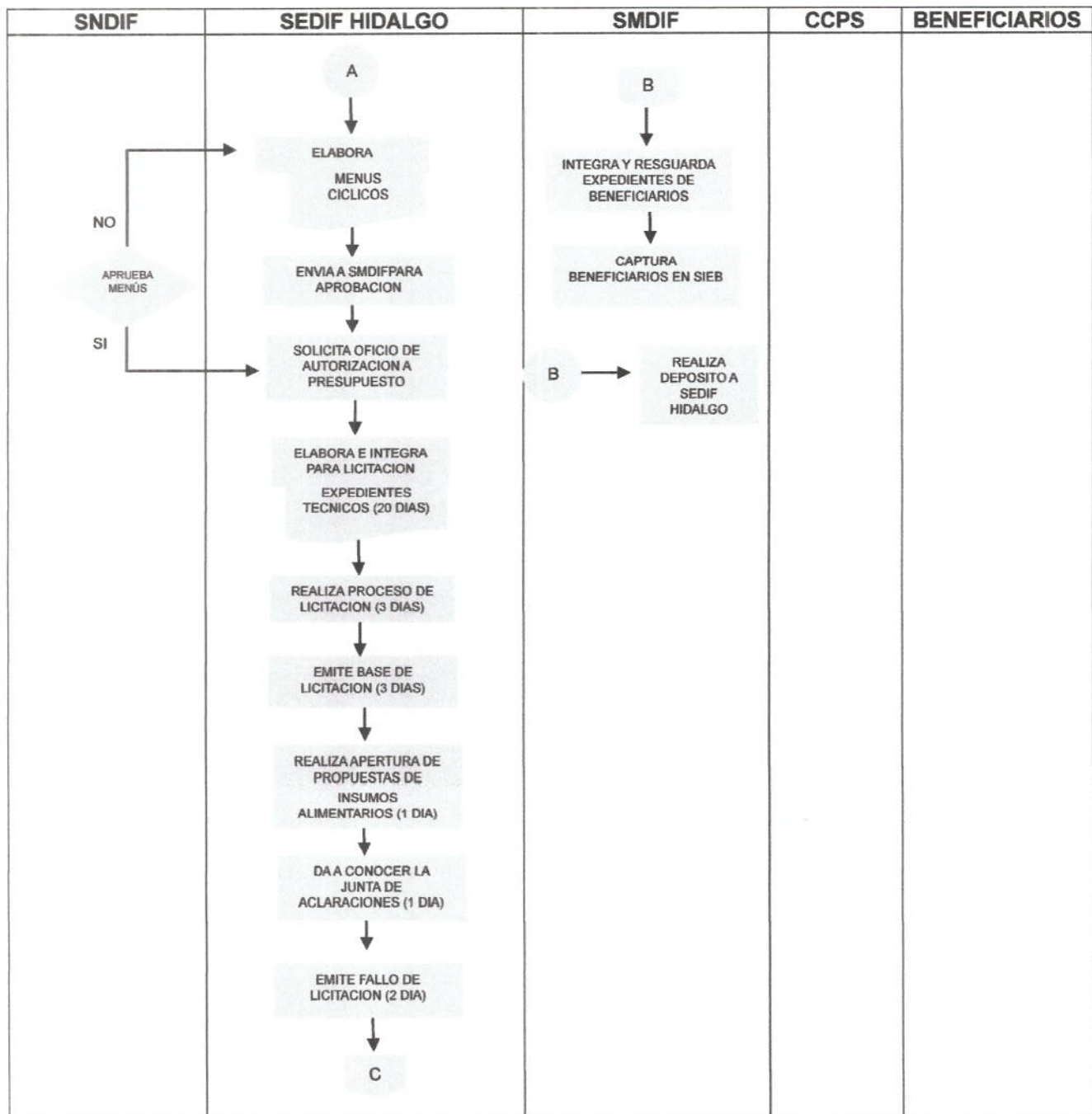
[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE



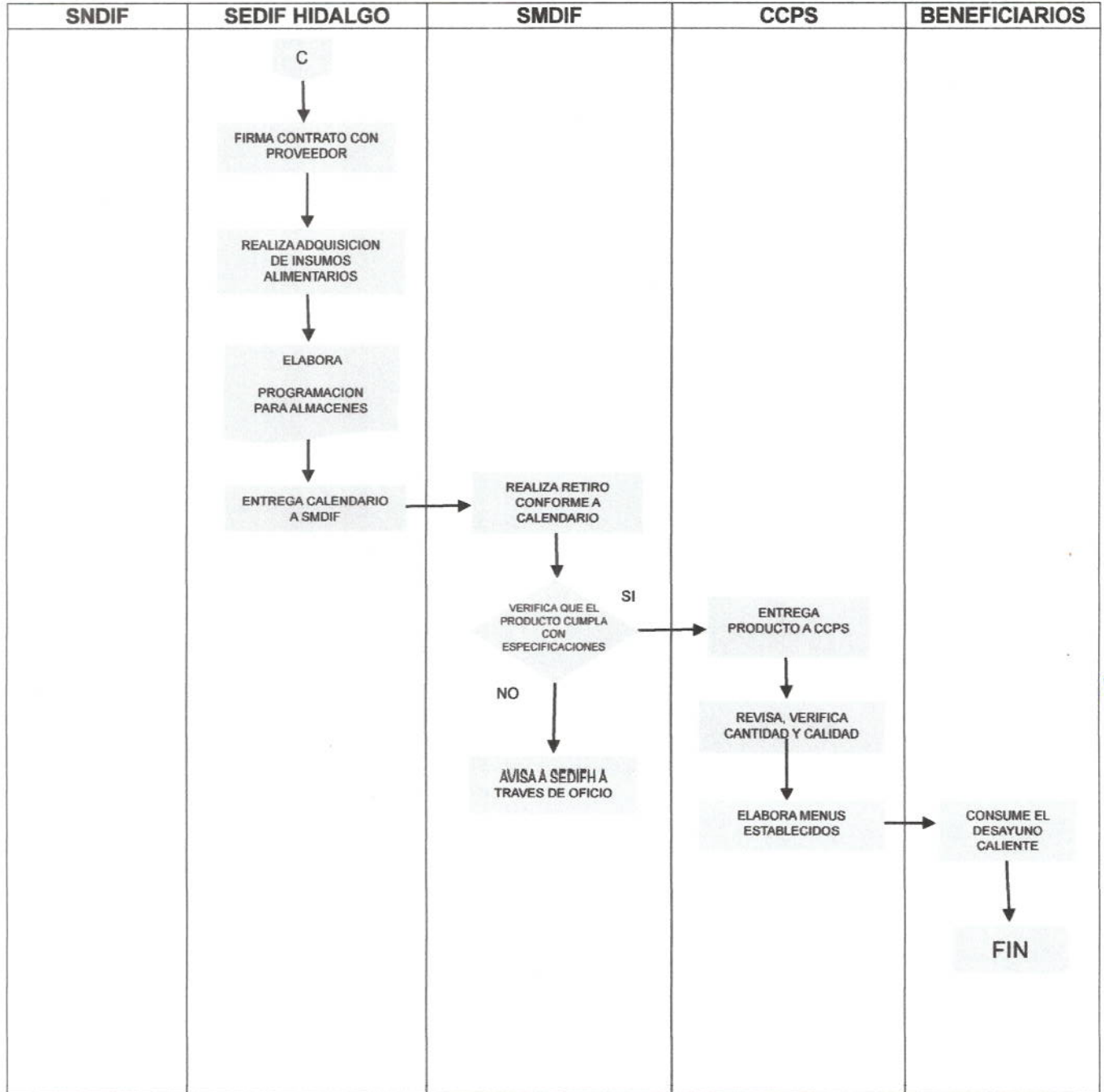
[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE





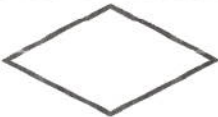
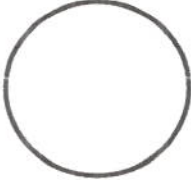
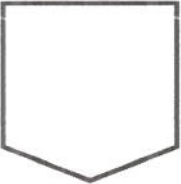


[Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like 'Luis', 'SA', and others.]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE



[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin of the page.]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

1.6.5 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
6	JOSEFINA GARCIA OCTAMENDEZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> Jornadas medicas Subespecialidad 	Disminuir afectaciones a la salud de la población vulnerable del estado de Hidalgo, a través de intervenciones quirúrgicas ambulatorias de tipo general, oftalmológica y plástica.
	NAYELI LOPEZ MONTIEL	<ul style="list-style-type: none"> Ayudas técnicas 	Disminuir la deficiencia o ausencia de alguna parte de su cuerpo de la población que reside en el Estado de Hidalgo y que presenta una discapacidad permanente o temporal o una enfermedad crónico degenerativa.



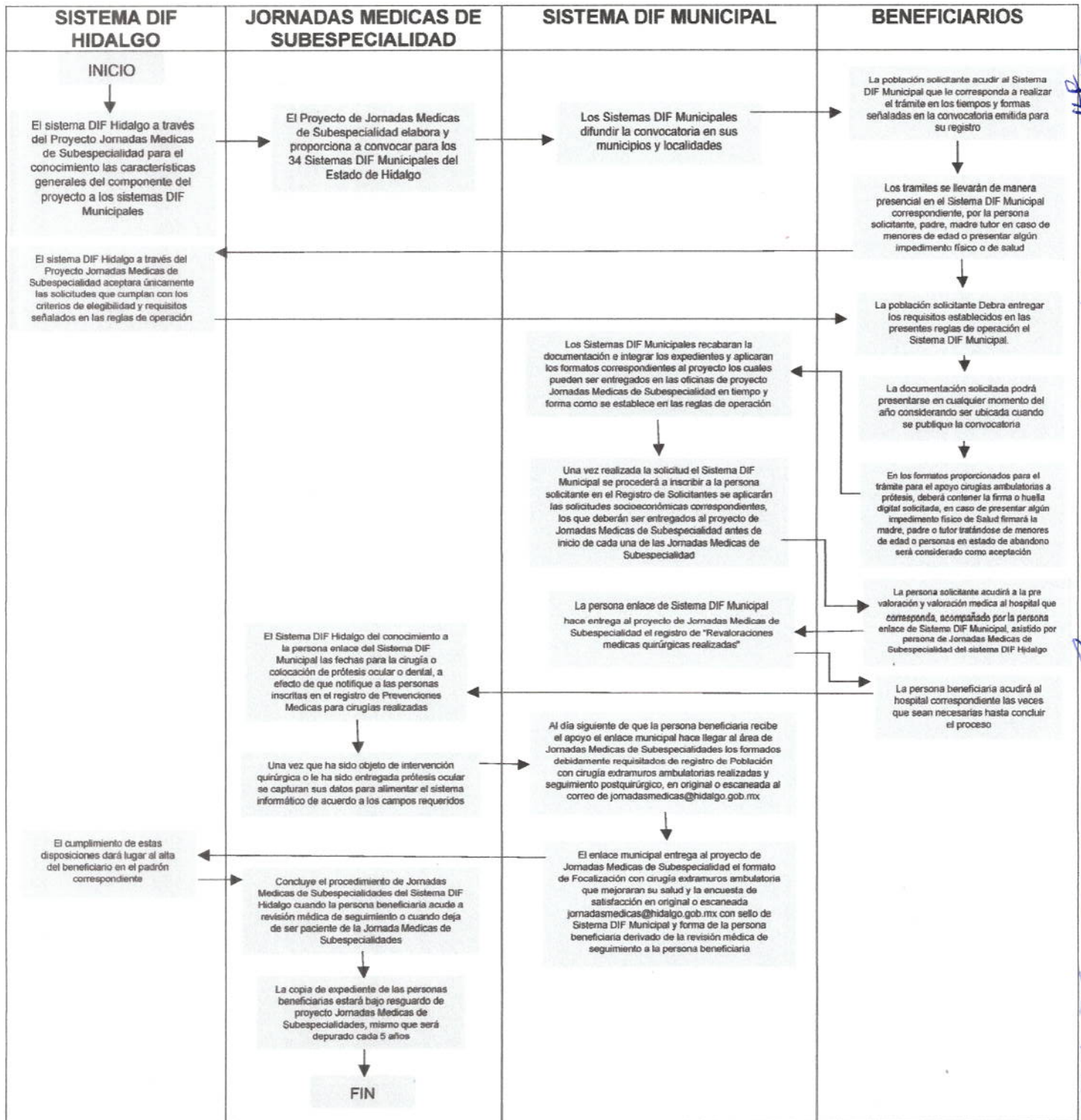







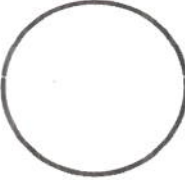







DIAGRAMA DE FLUJO (JORNADAS MEDICAS DE SUBESPECIALIDAD)

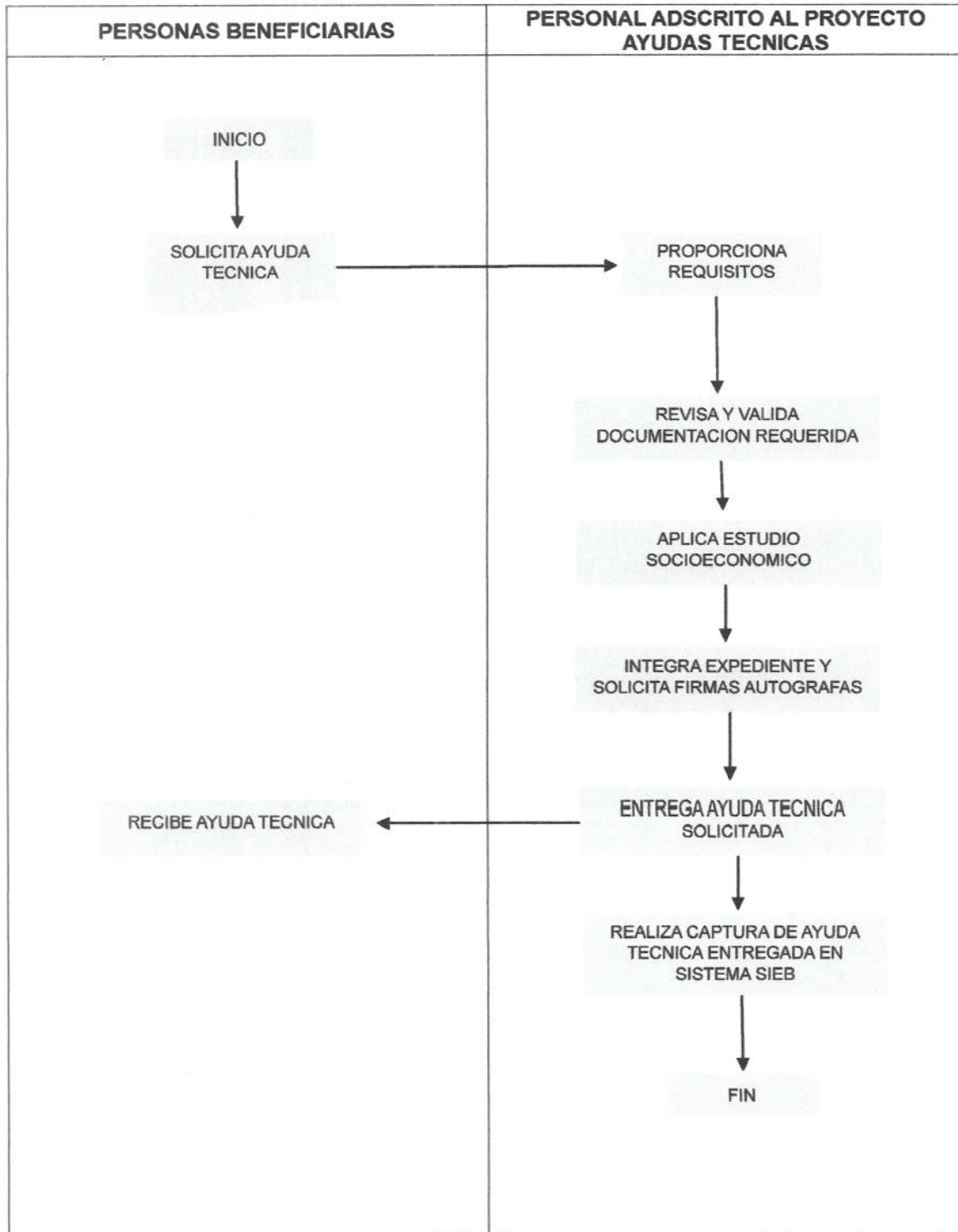


SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.




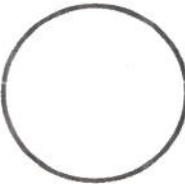



[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

DIAGRAMA DE FLUJO (AYUDAS TECNICAS)



[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

1.6.7 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
7	NAYELI LOPEZ MONTIEL	Encargada del área de PILARES	El Objetivo General del Proyecto Desarrollo de Habilidades en Niñas, Niños, Adolescentes, es "Fortalecer las habilidades para la vida en niñas, niños y adolescentes para enfrentar riesgos psicosociales a través de acciones preventivas en cursos y platicas impartidas en escuelas de nivel básico y Centros PILARES



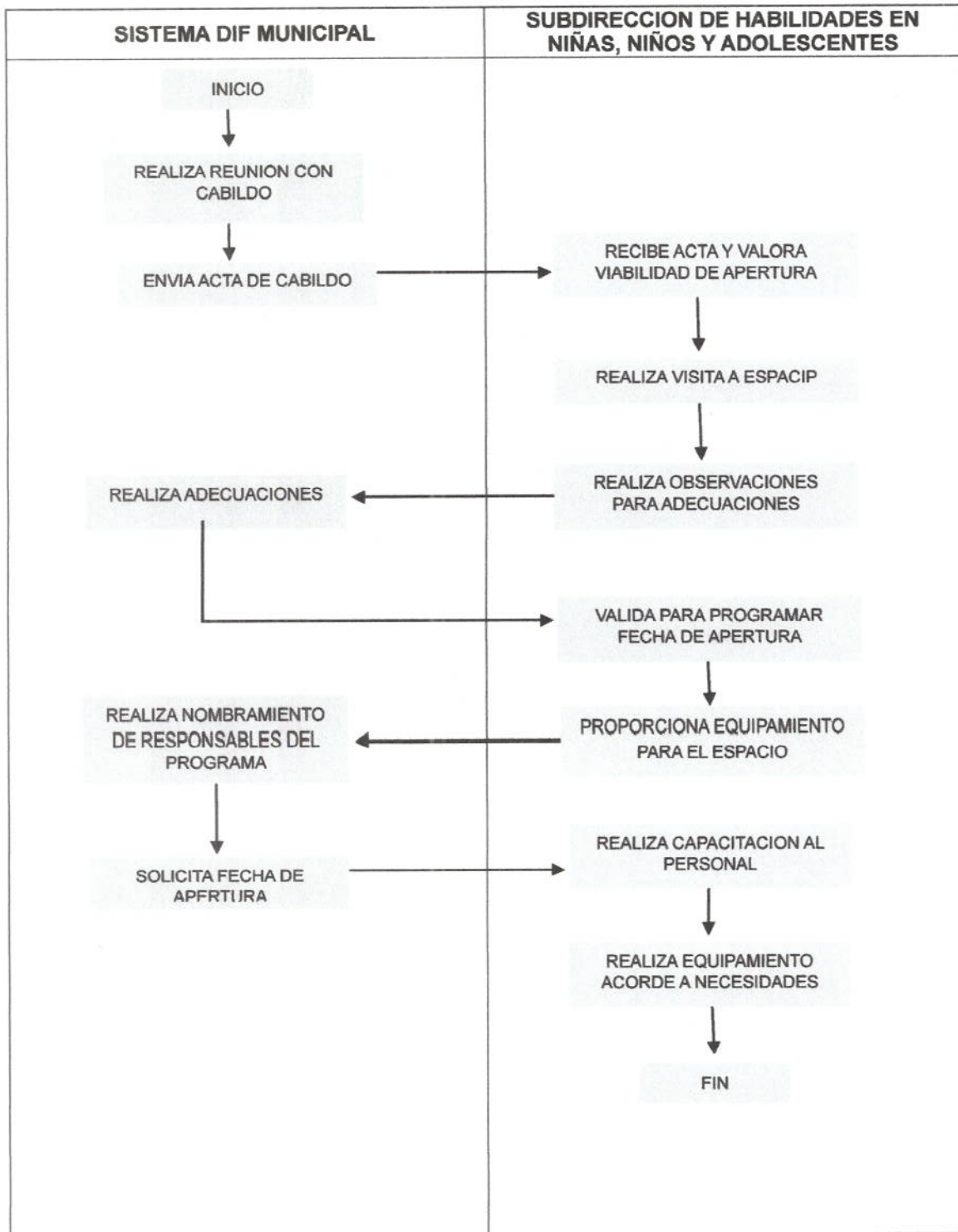









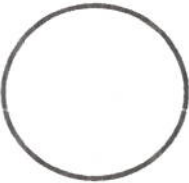
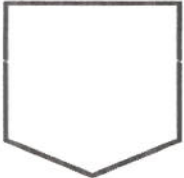




DIAGRAMA DE FLUJO (PILARES)



[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]



1.6.8 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
8	JOSEFINA GARCIA OCTAMENDEZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento saludable en personas adultas mayores 	Fortalecer las capacidades biopsicosociales de las personas adultas mayores

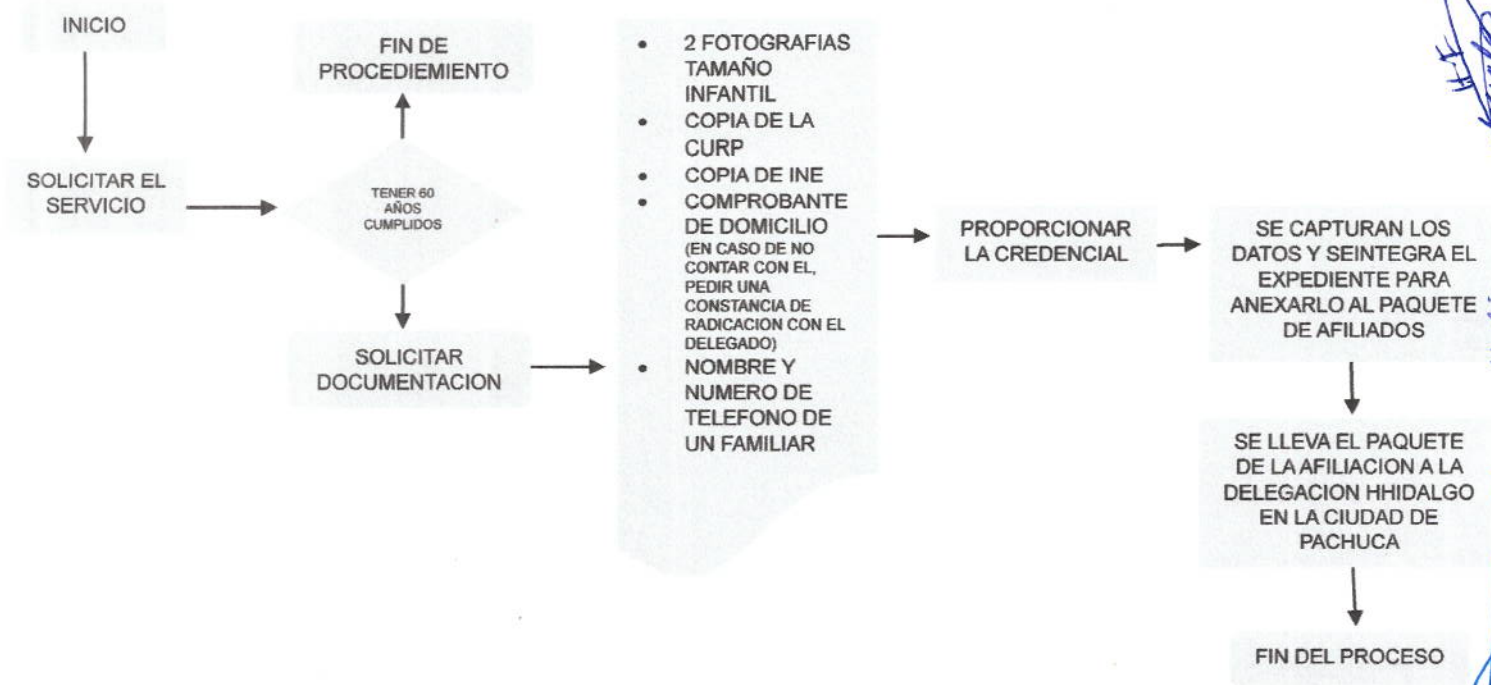







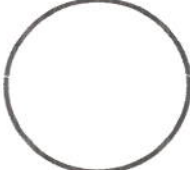
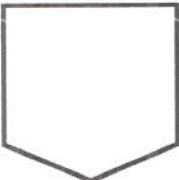






DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROGRAMA (ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN PERSONAS ADULTAS MAYORES)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

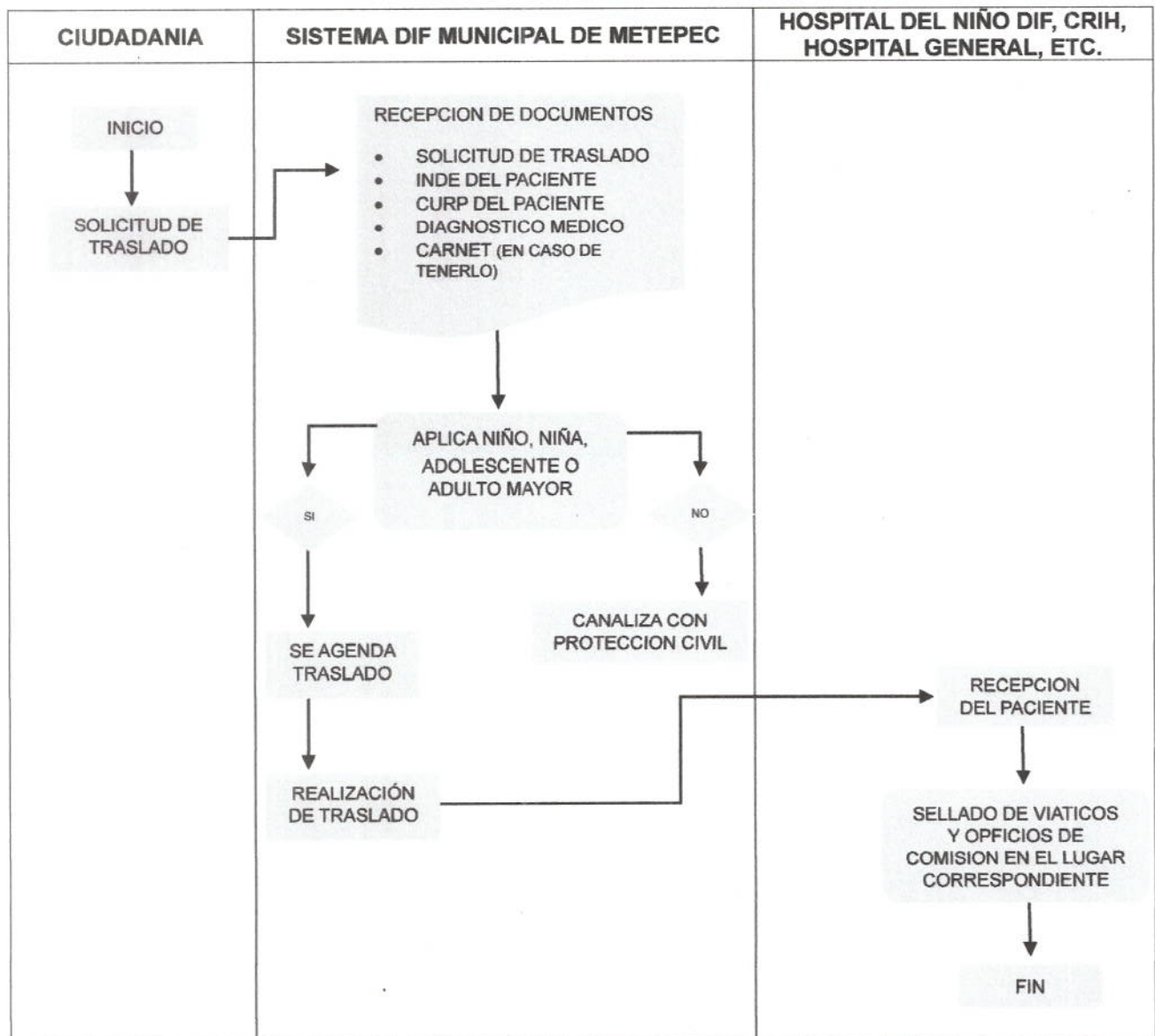
SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]

1.6.9 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS



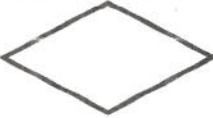
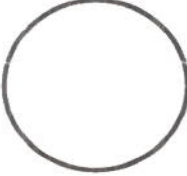
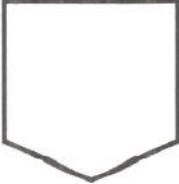


No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
9	AMBROSIO PELCASTRE VARGAS	<ul style="list-style-type: none"> Encargado de traslados Carga de insumos en el almacén de los diferentes programas	

DIAGRAMA DE FLUJO (TRASLADO DEL CHOFER)



[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

1.6.10 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

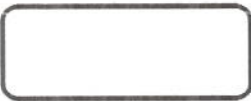


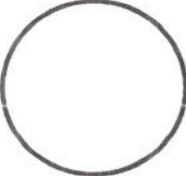



No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
10	LEONOR TENORIO LEMUS	<ul style="list-style-type: none"> Mantener las instalaciones del Sistema DIF limpias y en orden 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la higiene y la limpieza de las instalaciones del Sistema DIF Municipal de Metepec

DIAGRAMA DE FLUJO (LIMPIEZA)



[Handwritten signatures and notes on the right margin]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin]

1.7 VALIDACIÓN

Datos de Control				
	Elaboró	Revisó	Autorizó	Versión
Nombre	C. Nayeli López Montiel DIF Municipal	L.C. Noel Miguel Hernández Vargas Contralor Municipal	C. Juan Antonio Franco Ortiz Presidente Municipal	
Firma				
Fecha	ENERO 2025	ENERO 2025	FEBRERO 2025	











1.8 ANEXOS

1.8.1 MEMORIA FOTOGRAFICA ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
EVIDENCIA FOTOGRAFICA CONSUMO DE INSUMOS
ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA
CICLO ESCOLAR: 2024 - 2025



LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:
ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:
	Página 1		
LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:
ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:
LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:
ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:

C. SILVIA YAÑEZ TENORIO
Nombre y firma de la
Presidenta del Sistema DIF Municipal

SELLO SMDIF

LIC. DULCE GUADALUPE SANTANA PEREZ
Nombre y firma del responsable
del Programa Alimentación Escolar Modalidad F

Nombre, firma y sello de
SEDIF

SEDIF-AEMF-0017

[Vertical list of handwritten signatures in blue ink]

1.8.2 INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCIÓN MUNICIPAL
 ALIMENTACIÓN ESCOLAR
 CICLO ESCOLAR 2024-2025

ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRIA

MUNICIPIO: 035

MES: AGOSTO

FECHA DE ELABORACIÓN: 28/08/2024

SEMANA: A SEMANA:

TOTAL DE BENEFICIARIOS: 0

DE CENTROS ESCOLARES: 0

TOTAL DE RACIONES: 0

ESCUELA COMUNIDAD CLAVE ESCUELA CLASIFICACIÓN	No. BEN EF.	PREESC.	PRIMARIA	NIÑAS	NIÑOS	DIAS TRAB.	No. DE SEMANA	TOTAL DE RACIONES	SE ENTREGÓ O COMPLETO (SI/NO)	NOMBRE Y FIRMA DEL/A INTEGRANTE DEL COMITÉ QUE RECIBE	SELLO DE LA ESCUELA
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
SUB-TOTAL	0	0	0	0	0		0				

RESIDENTE DEL SISTEMA MUNICIPAL DI
 NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DEL PROGRAMA
 NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo. SEDIF

CFDIF.6FME.0019



1.9.1 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTO MAYOR



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS , ADULTOS MAYORES
 AÑO 2024
 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION

MUNICIPIO: METEPEC

MES DE REPORTE:

TOTAL DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: _____

CLAVE DE LOCALIDAD	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	Nº DE BENEFICIARIOS	MUJERES	HOMBRES	DOTACIONES OTORGADAS
TOTALES:		0	0	0	0

Página 1



NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF

[Vertical signatures and stamps on the right margin]



1.9.2 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTO MAYOR



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE ENTREGA DE DOTACIONES
ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTOS MAYORES**

Municipio: _____ Mes: _____

<i>Nombre del beneficiario:</i>	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Localidad:</i>	<i>Localidad:</i>
Página 1	
	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Nombre del beneficiario:</i>	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Localidad:</i>	<i>Localidad:</i>
<i>Nombre del beneficiario:</i>	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Localidad:</i>	<i>Localidad:</i>

NOTA: ENVIAR ESTE ARCHIVO DE FORMA MAGNETICA

Nombre y Firma del Responsable del Programa

Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF

[Handwritten signatures and marks along the right margin]

1.9.3 LISTA DE ENTREGA, ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTO MAYOR

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCION DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, ADULTOS MAYORES
 LISTA DE ENTREGA

MUNICIPIO METEPEC

AÑO _____
 MES _____

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	EDAD	SEXO	LOCALIDAD	FIRMA DE RECIBIDO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Página 1

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

 NOMBRE, FIRMA Y SELLO PRESIDENTA (E) / DIRECTOR (A) DEL SMOIF



1.10.1 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DE SARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 AÑO 2024
 INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCION



DIF HIDALGO

MUNICIPIO: METEPEC

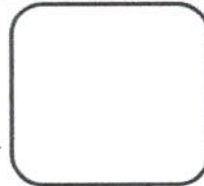
MES DE REPORTE:

TOTAL DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: _____

CLAVE DE LOCALIDAD	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	Nº DE BENEFICIARIOS	MUJERES	HOMBRES	DOTACIONES OTORGADAS
TOTALES:		0	0	0	0

Página 1

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA



 NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DE LA INSTITUCION

[Vertical list of handwritten signatures and initials on the right margin]



1.10.2 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE ENTREGA DE DOTACIONES
ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Municipio: _____ Mes: _____

<i>Nombre del beneficiario:</i>	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Localidad:</i>	<i>Localidad:</i>
<p>Página 1</p> <p><i>Nombre del beneficiario:</i></p>	
<i>Nombre del beneficiario:</i>	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Localidad:</i>	<i>Localidad:</i>
<i>Nombre del beneficiario:</i>	<i>Nombre del beneficiario:</i>
<i>Localidad:</i>	<i>Localidad:</i>
Nombre y Firma del Responsable del Programa	Presidente/Presidenta Director/Directora del Sistema Municipal DIF

NOTA: ENVIAR ESTE ARCHIVO DE FORMA MAGNETICA

[Handwritten signatures and marks on the right margin]



1.10.3 LISTA DE ENTREGA, ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 LISTA DE ENTREGA

MUNICIPIO METEPEC

AÑO _____
 MES _____

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	EDAD	SEXO	LOCALIDAD	FIRMA DE RECIBIDO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Página 1

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

 NOMBRE, FIRMA Y SELLO PRESIDENTA (E) / DIRECTOR (A) DEL SMDIF

[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin]

1.11 FORMATO DE RECEPCION DE APOYOS AYUDAS TÉCNICAS



MUNICIPIO DE METEPEC

FORMATO DE RECEPCION DE APOYOS

Fuente de Financiamien _____

Comprobante # _____ Fecha del Comprobante: _____

Partida presup _____

Motivo y/o Justificación del Apogo:

Descripción del Apogo:

Cantida	Unidad	Descripción de Bienes y/o Servicios

Fecha de Recepción del _____

Nombre de Quien Recibe el Apogo: _____

Firma de Quien Recibe el Apogo: _____

EJECUTA

L.C. GABRIEL GOMEZ FRANCO
TESORERO MUNICIPAL

AUTORIZA

C. JUAN ANTONIO FRANCO ORTIZ
PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL

Vo. Bo.

C. ALONDRA HERNANDEZ FRANCO
SINDICO MUNICIPAL

[Handwritten signatures and notes in the right margin]

1.11.2 CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO AYUDAS TÉCNICAS



ANEXO VI
CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO



DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICA
MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO

CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO

FECHA: _____ FOLIO: _____

NOTAS IMPORTANTES

- ESCRIBIR CONTINUA EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE Y SIN TACHADURAS NI ENVENDADURA.
- LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMATO SON MERAMENTE INFORMATIVOS Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD POR PARTE DEL SOLICITANTE

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
Día/Mes/Año

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ OCUPACION: _____

DOMICILIO: _____
Calle y Numero Colonia y Localidad

Municipio C.P. Teléfono

UBICACIÓN ENTRE CALLES: _____

PERTENECE A ALGÚN GRUPO EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: PERSONA CON DISCAPACIDAD () PERSONA ADULTA MAYOR () MADRE SUJETA A ASISTENCIA SOCIAL () POBLACIÓN INDÍGENA () MIGRANTE ()

2. MOTIVO DE ESTUDIO

3. ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO	EDAD	PARIENTESCO	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD	OCUPACION

TOTAL DE INTEGRANTES _____

PALACIO MUNICIPAL EN COLONIA CENTRO METEPEC HIDALGO C.P. 43400
TEL. 774 745 51 00
e-mail: presidencia@metepec.hidalgo.gob.mx

(Vertical signatures and stamps on the right margin)





ARENDIA
CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICA



DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICA
MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO

4. SITUACION ECONOMICA

TRABAJA
ACTUALMENTE SI NO

MUNICIPIO DE _____
DEPENDIENTES ECONOMICOS _____

CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL O APOYO

SI NO

¿CUAL? _____

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES	
PADRE	\$
MADRE	\$
PARTEJA	\$
HERMANOS(A)	\$
HUJOS(A)	\$
OTROS	\$

EGRESOS FAMILIARES MENSUALES	
ALIMENTACION	\$
RENTA O PAGO DE CASA	\$
SERVICIOS DE HOGAR	\$
ATENCION MEDICA	\$
EDUCACION	\$
VESTIDO	\$
TRANSPORTE	\$
RECREACION	\$
OTROS	\$

DEFICIT \$ _____
EXCEDENTE \$ _____

5. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA		NUMERO DE HABITACIONES CON LAS QUE CUENTA LA VIVIENDA	
LA VIVIENDA ES	TIPO DE VIVIENDA	MATERIAL DE CONSTRUCCION DEL CUAL HECHA LA VIVIENDA	SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA
PROPIA <input type="checkbox"/>	CASA HABITACION <input type="checkbox"/>	MAJISTERIA <input type="checkbox"/>	AGUA <input type="checkbox"/>
RENTADA <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO <input type="checkbox"/>	VEDERA <input type="checkbox"/>	LUZ <input type="checkbox"/>
PRESTADA <input type="checkbox"/>	CUARTO DE AZOTEA <input type="checkbox"/>	LAMINA <input type="checkbox"/>	DRENAJE <input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR) _____	OTRO (ESPECIFICAR) _____	OTRO (ESPECIFICAR) _____	TELEVISION POR CABLE <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES DE LA VIVIENDA

6. DIAGNOSTICO SOCIAL

PALACIO MUNICIPAL SIN COL CENTRO METEPEC HIDALGO C.P. 43400
TEL. 774 745 51 00
e-mail: presidencia@metepec.hidalgo.gob.mx

[Handwritten signatures and marks on the right margin]



ANEXO IV
CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICA

DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICA
MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO



7. PLAN SOCIAL

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 35.37.39.42 de la Ley De Protección De Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado De Hidalgo, Metepec, Hidalgo es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione en el ejercicio de nuestras funciones, trámites y servicios que brinde este sujeto obligado, tales como: integrar el padrón de beneficiarios de los programas: Pensión para el bienestar de las personas adultas mayores (65 y más), gestión de calentadores solares, colchones y becas; estos datos no podrán difundirse sin su consentimiento y se utilizarán única y exclusivamente para los fines que fueron requeridos, bajo las normativas aplicables. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en <http://metepechidalgo.gob.mx> y en la Unidad de Transparencia de este sujeto obligado. Así mismo usted podrá hacer valer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO) ante la unidad de Transparencia ubicada en palacio municipal s/n C.P. 43400 METEPEC HIDALGO.

L.T.S. JUANA ROSA TENORIO FRANCO
SISTEMA DIF MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL
DEL SOLICITANTE

[Vertical column of handwritten signatures and initials]



1.12.1 CARTA DE AUTORIZACION PARA MENOR DE EDAD, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD

Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Jornadas Médicas de Subespecialidad
CARTA DE AUTORIZACIÓN
(Menor de edad)
DASJMSMIR-24-03



_____, Hgo., a ____ de _____ del 2023

Yo _____, edad _____, del Municipio de _____, autorizo la valoración y en su caso procedimiento quirúrgico, para mi hijo (a) _____, por parte del personal médico adscrito, en la cual me han explicado e informado sobre beneficios, riesgos o efectos secundarios que se pueden presentar en dicha jornada, acepto y permito bajo conciencia se hagan los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos, así como post operatorios.

Estoy consciente que en la valoración y durante la cirugía pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas en su estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se le brinda; principalmente en un procedimiento de urgencia.

Se me ha informado en forma clara, precisa y adecuada acerca de su estado de salud.

Entiendo que puedo retractarme y anular esta carta de autorización de jornada médica en cualquier momento, antes de la valoración y/o cirugía, comunicándose de forma oportuna al enlace Municipal de Jornadas Médicas.

El Sistema DIF Hidalgo y DIF Municipal, se eximen de cualquier responsabilidad que se presente durante y posterior a la cirugía, así como una vez dado de alta.

Así mismo autorizo al personal del Sistema DIF Hidalgo y/o DIF Municipal que gestionen los estudios necesarios para la valoración y en caso de cirugía quedarán absueltos de cualquier complicación que se pueda presentar.

Yo, acompañaré en el hospital a mi hijo (a), una vez iniciado los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos y post operatorios al igual que me haré cargo de los cuidados de su salud una vez dado (a) de alta.

En caso de que no se lleve a cabo la cirugía de mi hijo(a) yo me hare cargo de su atención.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas las dudas han sido resueltas.

Nombre y Firma del Padre o Tutor

Nombre, Firma y Sello del Enlace del Sistema DIF Municipal

[Vertical column of handwritten signatures and initials in blue ink]



1.12.2 CARTA DE AUTORIZACION, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD

Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Médicas de Subespecialidad
CARTA DE AUTORIZACIÓN
DASJMSMIR-24-03



_____, Hgo., a ____ de _____ de 2024

Yo _____, edad _____ años, del Municipio de _____ autorizo la valoración y en su caso procedimiento quirúrgico por parte del personal médico adscrito, en la cual me han explicado e informado sobre los beneficios, riesgos o efectos secundarios que se pueden presentar en dicha jornada, acepto y permito bajo conciencia se hagan los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos, así como post operatorios.

Entiendo que durante la valoración y en la cirugía pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas en mi estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se me brinda, principalmente en un procedimiento de urgencia.

Se me ha informado en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud.

Entiendo que puedo retractarme y anular esta carta de autorización de jornada médica en cualquier momento, antes de la valoración y/o cirugía, comunicándoselo de forma oportuna al enlace Municipal de Jornadas Médicas.

El Sistema DIF Hidalgo y DIF Municipal, se eximen de cualquier responsabilidad que se presente posterior a la cirugía y después de que me den de alta.

Así mismo autorizo al personal del Sistema DIF Hidalgo y/o DIF Municipal me realicen los estudios necesarios para la valoración y en caso de cirugía quedarán absueltos de cualquier complicación que se pueda presentar.

Mi familiar o acompañante, permanecerá en todo momento en el hospital una vez iniciado los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos y post operatorios, al igual que se hará cargo de los cuidados de mi salud una vez dado (a) de alta.

En caso de que no se lleve a cabo la cirugía mi familiar o acompañante, se hará responsable de mi atención.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas las dudas han sido resueltas.

Nombre y Firma del Beneficiario

Nombre y Firma del Familiar o solicitante

Nombre, Firma y Sello del Enlace
del Sistema DIF Municipal

Handwritten signatures in blue ink along the right margin of the page.



1.12.3 ESTUDIO SOCIOECONOMICO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD



Sistema DIF Hidalgo
 Dirección General de Asistencia Social
 Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
 Médicas de Subespecialidad
 ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
 DAS/MSA/IR-24-03

Jornadas

MUNICIPIO _____

FECHA _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CURP	SEXO
DOMICILIO (CALLE, COLONIA, MUNICIPIO)			C. P.	
TELÉFONO:	¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI: ___ NO: ___			
EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA INDIQUE CUAL:				
ESTADO CIVIL:	SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO ___	¿CUENTA CON SERVICIOS DE SALUD? SI: ___ NO: ___		
EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA INDIQUE CUAL:		EN CASO DE SER POSITIVA SU RESPUESTA DETERMINE CUAL:		
NIVEL DE ESTUDIOS: ANALFABETA _____ PRIMARIA TERMINADA _____ PRIMARIA INCONCLUSA _____				
SECUNDARIA TERMINADA _____ SECUNDARIA INCONCLUSA _____ BACHILLERATO TERMINADO _____				
BACHILLERATO INCONCLUSO _____ LICENCIATURA TERMINADA _____ LICENCIATURA INCONCLUSA _____				
TOTAL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL: _____		CUENTA CON:		
TOTAL DE GASTO FAMILIAR MENSUAL: _____		BAÑO _____ LETRINA _____		
TOTAL DE SALARIOS MÍNIMOS DIARIOS: _____		APOYO SOLICITADO: _____		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
DOMICILIO (CALLE, COLONIA, MUNICIPIO, CP)		TELÉFONO	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	OCCUPACIÓN:

DIAGNÓSTICO SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENCUESTA	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	SELLO DEL MUNICIPIO
---	--------------------------------	---------------------

[Vertical signatures and stamps on the right margin]



1.12.4 CARTA RESPONSIVA, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD



Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Jornadas Médicas de Subespecialidad
CARTA RESPONSIVA
DASJMSMIR-24-03

_____, Hgo., a ____ de ____ de 2024

Nombre completo del beneficiario.

Nombre completo del solicitante.

Por medio de la presente Carta Responsiva, acepto la responsabilidad del cuidado de mi persona o de mi familiar, así como de mis actos antes, durante y después de la cirugía que se me realizará.

Así mismo deslindo de toda responsabilidad legal y de cualquier índole al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Hidalgo y al Sistema DIF Municipal _____, ya que ambas instituciones únicamente intervienen en la gestión del apoyo.

Firma del Beneficiario

Firma del Solicitante

Sello del Sistema DIF Municipal

[Vertical column of handwritten signatures and initials on the right margin]

1.12.5 ENCUESTA DE SATISFACCION DEL BENEFICIARIO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD



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

Jornadas

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____

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

SEXO: M___ F___ Fecha _____ Municipio _____ Edad: _____

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

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

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

¿Desea hacer algún comentario? _____

Calificación por niveles de satisfacción:

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

Firma y/o huella del Beneficiario

Sello del Municipio

[Handwritten signatures and marks on the right margin]



1.13 GENERAL DEL PROYECTO “PROMOCION Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL
 SUBDIRECCIÓN DE VINCULACIÓN A LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
 PROYECTO “PROMOCIÓN Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”



MUNICIPIO: _____ FECHA: _____
 NOMBRE DEL GRUPO: _____
 LUGAR DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: _____
 TEMA IMPARTIDO: _____
 NOMBRE DEL PONENTE: _____

ID	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	GÉNERO	LOCALIDAD DE BENEFICIARIO	FIRMA

[Vertical list of handwritten signatures in blue ink]

1.14.1 LISTA DE ASISTENCIA MADRES, PADRES Y PERSONAS QUE EJERCEN LA TUTRELA, CENTRO PILARES

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE HABILIDADES EN NNA
 LISTA DE ASISTENCIA MADRES, PADRES Y PERSONAS QUE EJERCEN LA TUTELA



MUNICIPIO:
 CENTRO:
 RESPONSABLE DEL CENTRO:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO		EDAD
		M	H	
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				

 NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE
 DE CENTRO

SELLO SMDIF

 Vo.Bo.
 PRESIDENTA/E SMDIF

[Vertical list of handwritten signatures and initials on the right margin]

1.14.2 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (13 – 17 AÑOS), CENTRO PILARES



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE HABILIDADES EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

COORDINACION DE CENTROS

Cuestionario para adolescentes (13 a 17 AÑOS)

Habilidades para la vida Medida Pre _____ Medida Post _____
Nombre completo _____ Edad _____
Municipio _____ Centro _____
Sexo: Hombre _____ Mujer _____ Fecha _____

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas y elige la respuesta que para ti sea la correcta.

1. ¿Me resulta difícil mantener la atención en actividades o juegos?



a) Si



b) No



c) A veces

2. ¿Doy las gracias cuando alguien me ayuda?



a) Si



b) No



c) A veces

3. ¿Pienso en las consecuencias antes de hablar?



a) Si



b) No



c) A veces

4. ¿Evito hacer cosas que dañan mi salud?

a) No



b) Si



c) A veces



5. ¿Me siento contenta (o) con mi aspecto físico?

a) A veces



b) No



c) Si



6. ¿Me cuesta trabajo decir NO por miedo a que alguien me critique?



a) Si



b) No



c) A veces

7. ¿Pido que me ayuden cuando tengo un problema?

a) Si



b) No



c) A veces



8. ¿Ayudo a quien lo necesita?

a) No



b) Si



c) A veces



9. ¿Me resulta fácil preguntar las veces que sean necesario para entender lo que me dicen?



a) Si



b) No



c) A veces

10. ¿Prefiero mantenerme callada (o) para evitarme problemas?

a) Si



b) No



c) A veces



[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin]

11. ¿Cuál crees que sea la emoción que está expresando?



- a) Enojado
- b) Aburrido
- c) Asombrado

12. ¿Me cuesta trabajo iniciar una plática?

a) Si



b) No



c) A veces



13. ¿Me resulta fácil controlar mis emociones y mantenerme relajado cuando soy el centro de atención?

a) Si



b) No



c) A veces



14. Cuando alguien es injusto conmigo u otra persona, ¿lo expreso?

a) Si



b) No



c) A veces



15. ¿Me agrada trabajar en equipo?



a) Si



b) No



c) A veces

¡Agradecemos tu participación!

[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin]



Instrucciones para calificar: Asigna TRES puntos a cada pregunta si sus respuestas son lassiguientes:

1. b	2. a	3. a	4. b	5. c	6. b	7. a	8. b
9. a	10. c	11. a	12. b	13. b	14. a	15. a	

Puntuación:

Si la puntuación es de 36 o más = Fortalecida(o) en sus habilidades.

Asigna DOS puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. c	2. c	3. c	4. c	5. a	6. c	7. c	8. c
9. c	10. a	11. b	12. c	13. c	14. c	15. c	

Puntuación:

Si la puntuación es entre 24 a de 35 = Medianamente fortalecido (requiere apoyo)

Asigna UN punto a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. a	2. b	3. b	4. a	5. b	6. a	7. b	8. a
9. b	10. b	11. c	12. a	13. a	14. b	15. b	

Puntuación:

Si la puntuación es de 23 o menos = Déficit de habilidades (reforzar el programa)

NOTA: En caso de dificultad en el entendimiento de las preguntas, favor de dar explicación adicional.

[Vertical list of handwritten signatures in blue ink]



1.14.3 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (6 – 11 AÑOS), CENTRO PILARES



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SUBDIRECCIÓN DE
DESARROLLO DE HABILIDADES EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES EN RIESGO PAMAR

Cuestionario para niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

Habilidades para la vida Medida Pre _____ Medida Post _____

Nombre completo _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
Edad _____ Centro PAMAR _____
Municipio _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: Lee con atención las siguientes preguntas y elige la respuesta que para ti sea la correcta. (Puedes usar colores si así lo deseas).

1.- ¿Cuándo me levanto de mí cama, me siento?

A) Triste



B) Contento



C) Enojado



2.- Creo que soy buena (o) para:

A) Crear cosas



B) Para ayudar



C) Para nada



3.- Cuando tengo un problema trato de solucionarlo, así:

A) Me enoja y le pego



B) Pido ayuda a un adulto



C) No digo nada y dejo que se olvide



4.- Cuando quiero decir algo

A) Espero mi turno



B) Me da pena, me quedo callada(o)



C) Grito muy fuerte para que me escuchen



Handwritten signatures and marks on the right margin.



5.- ¿Cuándo trabajo en equipo, me siento?

A) No trabajo



B) Enojado



C) Contento



6.- ¿Me considero una persona creativa?

A) Si



B) No



C) A veces



7.- ¿Expreso lo que me gusta?

A) Si



B) No!

C) A veces

8.- ¿Me gusta como soy?

A) No



B) Si



C) No lo habia pensado



9.- Cuando me piden apoyo para quehaceres en casa Yo:

A) Me enoja y no lo hago



B) Me molesto, pero lo hago



C) Colaboro de buena gana



10.- Cuando me comunico con los demás, lo hago:

A) Gritando



B) Golpeando



C) Hablando



¡Gracias por tu participación!



Instrucciones para calificar: Asigna TRES puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. B	2. B	3. B	4. A	5. C	6. A	7.A	8. B	9.C	10. C
------	------	------	------	------	------	-----	------	-----	-------

Si la puntuación es de 24 o más = Fortalecida(o) en sus habilidades.

Asigna DOS puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. A	2. A	3. C	4. B	5. A	6. C	7.C	8. C	9.B	10. A
------	------	------	------	------	------	-----	------	-----	-------

Si la puntuación es entre 16 a 23 = Medianamente fortalecido (requiere apoyo)

Asigna UN punto a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. C	2. C	3. A	4. C	5. B	6. B	7. B	8. A	9. A	10. B
------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Si la puntuación es de 15 o menos = Déficit de habilidades (reforzar el programa)

NOTA: En caso de dificultad en el entendimiento de las preguntas, favor de dar explicación adicional.

[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin]

1.14.4 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES

Pachuca, Hgo. a ____ del mes de _____ del 202__.

Subdirección de Desarrollo de Habilidades
en Niñas, Niños y Adolescentes
Presente

Asunto: Baja Voluntaria de Centro PILARES

Quien suscribe, _____, me permito hacer de su

conocimiento que a partir de esta fecha, por motivos personales, mi _____, de

(parentesco)

nombre _____, dejará de asistir al

al Centro PILARES _____ de la localidad/colonia _____ del municipio

(nombre)

(nombre)

_____, Hgo.
(nombre)

Sin otro particular, agradezco la atención y el apoyo recibidos.

nombre y firma de la
madre, padre o persona que ejerce la tutela

nombre y firma del usuario

[Vertical column of handwritten signatures in blue ink]

1.14.5 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES



Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes
PILARES

Expediente No. _____



Subdirección de Desarrollo de Habilidades en Niñas, Niños y Adolescentes
Coordinación de Centros PILARES

Carta de Consentimiento Informado

Yo _____ acepto que mi hija (o) _____ asista al Centro PILARES ubicado en _____ con la finalidad de recibir pláticas y/o talleres en relación a las siguientes temáticas: Prevención de Adicciones; Prevención de Embarazo en Niñas y Adolescentes; Promoción del Buen Trato; Trabajo Infantil; Explotación Sexual Infantil; Promoción y Difusión de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Prevención del Abuso Sexual Infantil, de lunes a viernes en sus diferentes horarios según las necesidades de la población usuaria, así como la participación en actividades culturales, recreativas, deportivas y/o curso de verano que se presenten.

Atentamente

Nombre y Firma Responsable
PILARES

Nombre y Firma
Padre, Madre o Persona que ejerce la
tutela



HOJA DE IDENTIFICACIÓN

1. Datos de Identificación de Niña, Niño o Adolescente



No. Expediente _____

Fecha de Ingreso _____
DD/MM/AA

Municipio _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Clave CURP _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Grado Escolar: _____

2. Datos de Identificación de la madre, padre o persona que ejerce la tutela

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

3. Familia

Composición familiar (Personas que viven en el mismo domicilio)

Nombre y apellidos	Parentesco	Edad	Sexo	Edo. Civil	Último Grado Escolar	Ocupación Actual

[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin]



4. Estrategias a desarrollar con la/el usuario de Centro PILARES
(Puede agregar más columnas si se requiere)

1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

Nombre y firma
Responsable de Centro PILARES

Formato de visita domiciliaria



Reseña **cuantitativa trimestral** de las acciones relevantes de la/el usuario en relación al desarrollo, avances, permanencia en las actividades que otorga el Centro PILARES, además de su entorno familiar, social y escolar (canalización, visita domiciliaria, permisos y baja)

Fecha:	Hora:

Nombre y firma de responsable de Centro:

Fecha:	Hora:

Nombre y firma de responsable de Centro:



Fecha: _____

- Objetivo de la visita:
- Aspectos a tratar y/o considerar:
- Conclusiones:
- Compromisos:
- Persona entrevistada:
- Lugar donde se realiza la visita:
- Observaciones:

Nombre y firma
Responsable de Centro PILARES

5. Hojas de seguimiento



DOCUMENTACIÓN

COPIA LEGIBLE QUE SE DEBERÁN ANEXAR AL EXPEDIENTE

- CURP de la niña, niño o adolescente
- Acta de nacimiento
- Boleta de calificaciones o constancia de estudios
- Identificación oficial (INE) madre, padre o persona que ejerce la tutela
- Comprobante de domicilio Actualizado (No mayor a 3 meses)

NOTAS:

- Cuidar la presentación de cada expediente
- El expediente deberá estar debidamente requisitado con firmas y sellos
- Se anexa formato de baja voluntaria (en caso de requerirse)
- Apegarse a las Reglas de Operación vigentes

1.14.6 LISTA GENERAL DE ASISTENCIA, CENTRO PILARES

LISTA GENERAL DE ASISTENCIA

MUNICIPIO:
CENTRO:

No	NOMBRE COMPLETO	ENERO																																			
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V						
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																																					

Handwritten signatures in blue ink along the right margin of the page, including names like 'Cabrera' and 'Pineda'.



1.14.7 REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y REINGRESO, CENTRO PILARES

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE HABILIDADES EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
 REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y REINGRESOS EN CENTROS PILARES



CENTRO PILARES: _____

EXP. No.	NOMBRE COMPLETO	FECHA DEL MOVIMIENTO					OBSERVACIONES
		ALTA	BAJA	REINGRESO	REINGRESO O No.	BAJA DEL REINGRESO	

Página 1

[Vertical list of handwritten signatures in blue ink on the right margin]

1.15.2 CEDULA DEL BENEFICIARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

BENEFICIARIO ID: _____

PROYECTO: _____ FECHA: _____

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
CURP	FECHA DE NACIMIENTO	
HOMBRE () MUJER () SEXO	ESTADO DE NACIMIENTO	PAÍS DE ORIGEN
DOMICILIO DEL BENEFICIARIO		
NOMBRE DE VIALIDAD		
NÚMERO INTERIOR	NÚMERO EXTERIOR	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO

En caso de que no desee que los datos personales sean tratados para la finalidad mencionada en el **Aviso de Privacidad (Integración y actualización de información de beneficiarios)**, puede negar su consentimiento desde este momento enviando su **Negativa de Consentimiento** a la Subdirección de Programas Alimentarios al correo espaciosdealimentaciondif@hidalgo.gob.mx, asimismo hacer mención que su negativa en este sentido no podrá ser motivo para negarle el apoyo o brindar información sobre las actividades del proyecto.

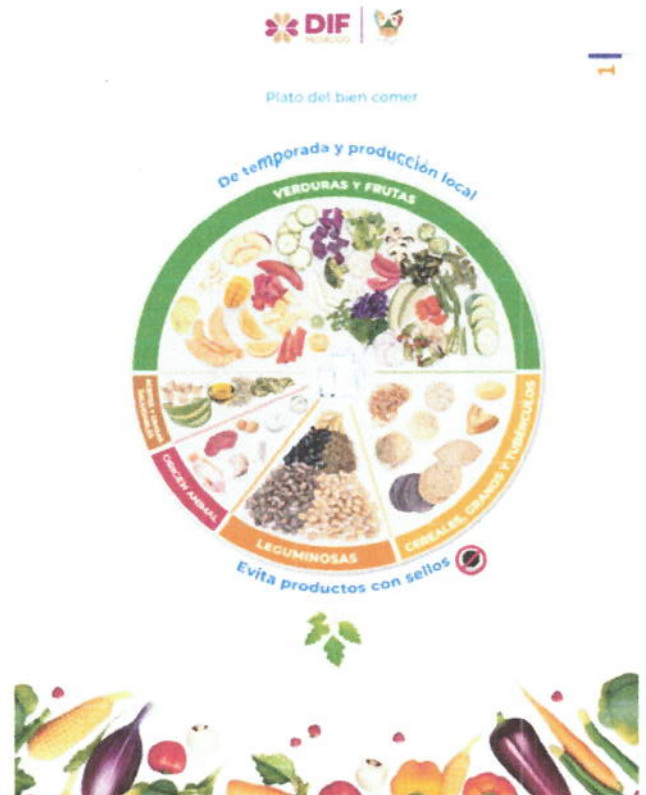
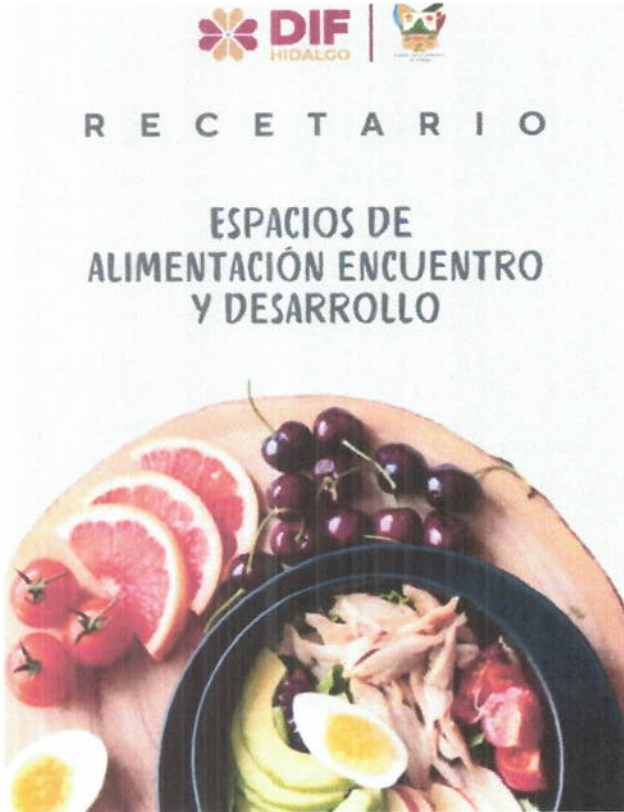
Usted contará con un plazo de (cinco) días hábiles a partir de que entregue la documentación al Sistema Municipal DIF, para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de los datos personales, si no lo hace, se entenderá que autoriza el tratamiento de los datos personales para dicha

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA*

*Cuando el beneficiario del proyecto sea menor de edad o tenga imposibilidad para firmar, la persona deberá indicar el parentesco con el mismo.

[Handwritten signatures and marks on the right margin]

1.15.3 RECETARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO



[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin]



1.15.4 RECIBO DE MENÚS, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO

FECHA: _____

MUNICIPIO -----

LOCALIDAD -----

Recibi del Sistema DIF Municipal 25 menus ciclicos con calidad nutricia para preescolares, escolares y adultos, para ser aplicados por los preparadores de alimentos en coordinacion y vigilancia de los integrantes de los Comites Comunitarios de Participacion Social del Programa Espacios de Alimentacion Encuentro y Desarrollo ciclo escolar 2024-2025.

RECIBI

ENTREGA

Nombre y firma del integrante de Comité de Participación Social

Nombre y firma y sello del SMDIF

[Vertical column of handwritten signatures and initials in blue ink]

1.15.5 REGLAS DE OPERACIÓN, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUESTRO Y DESARROLLO

Página 62 de 203

PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO DE HIDALGO

31 de enero de 2024 Alcance tres

LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO, EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES QUE NOS CONFIERE EL ARTÍCULO 33 FRACCIÓN IX Y DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 14 FRACCIÓN I DE LA LEY DE ENTIDADES PARAESTATALES DEL ESTADO DE HIDALGO Y,

CONSIDERANDO

PRIMERO. Que dentro de la propuesta de las Naciones Unidas para 2030, a través de la Asamblea General, de la cual México es Estado Parte, se estableció una Agenda denominada "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Uno de los objetivos establecidos es "Poner fin al hambre", cuyo propósito es entre otros, promover el acceso de las personas que cursan alguna situación vulnerable, incluidos los lactantes, personas con discapacidad, adultos mayores a una alimentación sana, nutritiva y suficiente.

SEGUNDO. Que la alimentación es un derecho social reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos específicamente Título Primero, Capítulo I, de los Derechos Humanos y sus Garantías, Artículos 1° y 2° inciso B, punto III "... así como apoyar la nutrición ... mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil" y en el Artículo 4° párrafo tercero, señala que "El Estado garantizará que toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad".

TERCERO. El proyecto de **ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUESTRO Y DESARROLLO** se encuentra alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2028 publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 1 de enero de 2023, en el Acuerdo General 2: "Para el Bienestar del Pueblo", en su objetivo 2.11: "Bienestar de las niñas, niños y adolescentes", en su línea de acción 2.11 2.1 "Implementar acciones en materia de alimentación para las niñas, niños y adolescentes de la entidad, así como en favor de grupos vulnerables..."

CUARTO. Que de conformidad al artículo 24 de la Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo, con última reforma publicada el 16 de enero de 2024, en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, señala que "El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Hidalgo, se crea como un Organismo Descentralizado no sectorizado de la Administración Pública, con personalidad jurídica y patrimonio propios, tiene como objeto promover y realizar servicios y acciones en materia de Asistencia Social en corresponsabilidad con las Instituciones Públicas, Privadas y de la Sociedad en general", a través de la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, que el artículo 2 fracción II, de la Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo, "... se entiende por: ... Asistencia Social como "El conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral de las personas, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva..." así mismo en su artículo 4 "El organismo en coordinación con otras dependencias, ejecutará las acciones previstas en esta Ley con el propósito de mejorar las condiciones de la población en situación de riesgo o de vulnerabilidad".

Por lo anterior, tenemos a bien expedir el siguiente:

ACUERDO QUE CONTIENE LAS REGLAS DE OPERACIÓN CORRESPONDIENTES AL PROYECTO "ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUESTRO Y DESARROLLO", PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024

El lenguaje en las presentes Reglas de Operación, no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

1. MARCO NORMATIVO

El fundamento normativo que sustenta las acciones del Proyecto "ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUESTRO Y DESARROLLO", es de acuerdo a lo siguiente:

- I. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- II. Ley General de Salud;
- III. Ley de Asistencia Social;
- IV. Ley General de Desarrollo social;
- V. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública;
- VI. Ley General de Responsabilidades Administrativas;
- VII. Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales;



Vertical column of handwritten signatures and initials on the right margin.



1.15.6 REPORTE MENSUAL, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO
 REPORTE MENSUAL 2024



ME S QUE REPORTA:

MUNICIPIO: **METEPEC**
 TOTAL BENEFICIARIOS SIEB
 ESCOLARES COMUNITARIOS MIXTOS

NOMBRE DEL EAEYD	CLAVE ESCUELA	DIAS	BENEFICIARIOS (ASISTENCIA)	BEN PROMEDIO (SIEB)	COTA RECUPERACION	RACIONES			TOTAL DE RACIONES	INGRESOS	EGRESOS	SALDOS
						ESCOLARES	COMUNITARIOS	MIXTOS				
MODALIDAD MIXTO			LOCALIDAD METEPEC									
												\$ 0.00
SUBTOTAL				0		0	0	0	0		\$ -	
MODALIDAD ESCOLAR			LOCALIDAD EL ACOCUL									
												\$ 0.00
SUBTOTAL				0		0	0	0	0		\$ -	
MODALIDAD ESCOLAR			LOCALIDAD EL ACOCUL									
												\$ 0.00
SUBTOTAL				0		0	0	0	0		\$ -	

PRESIDENTA/E DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF
 NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE EAEYD
 NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo. SEDIF

[Vertical signatures and stamps on the right margin]

1.15.10 ENCUESTA DE SATISFACCION, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCION DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO
ENCUESTA DE SATISFACCION DE SERVICIO

¿Cuanto tiempo has esperado para que te sirvan los alimentos?

	5 min o menos
	mas de 5 min

Evalúa el servicio

	Bueno	Malo
El personal		
Limpieza		
Instalaciones		

¿Nos recomendarías con tus familiares y/o amigos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Te gusta el menú del día ?

SI NO

¿Qué alimentos consumiste hoy en tu EAEyD?

¿Tienes algún comentario para mejorar el EAEyD?

Gracias por tu valioso tiempo, esperamos poder servirte nuevamente.

Fecha _____

SELLO SMDIF

SELLO CENTRO EDUCATIVO

H.F. [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]



1.16.1 REPORTE MENSUAL, APCE



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
 Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario
 Subdirección de Desarrollo Comunitario

REPORTE DE ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRE

Periodo de actividades: DICIEMBRE 2024

ACCIONES EMPRENDIDAS POR EL SMDIF: PREVENTIVAS ANTE SITUACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE

PREVENCIÓN							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento
1	Entrega de cobijas, y desagües caliente.	1	25 FAMILIAS	San Diego	09/12/2024	CENTRO DE SALUD Y SMDIF	OFICIO Y EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE, INFORME NOMBRE DEL EVENTO PERTURBADOR: _____

PREVISIÓN (ALERTAMIENTO)							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento

ATENCIÓN (BRINDAR APOYO)							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento

RECUPERACIÓN							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRESIDENTA DEL SMDIF

(Incluir Sello)

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL APCE

Handwritten signatures and notes on the right margin of the page.



1.16.2 REGISTRO DE CENTROS DE ACOPIO, APCE



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE CENTRO ACOPIO
 ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIAS (APCE)

Fecha de Alta del Centro de Acopio	MUNICIPIO METEPEC	LOCALIDAD METEPEC	
DATOS GENERALES DEL CENTRO DE ACOPIO			
Tipo de inmueble			
Nombre del inmueble			
Domicilio del centro de acopio			
Ubicación (Latitud/Longitud)			
Responsable del centro de acopio			
Cantidad de personal para atención de centro acopio			
Superficie total del centro de acopio			
Teléfono Responsable del inmueble			
Teléfono Enlace Municipal de APCE			
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL CENTRO DE ACOPIO			
Material Utilizado para su Construcción	Estado en que se encuentra		
	Buena	Regular	
		Mala	
Piso			
Muros			
Techumbre			
SERVICIOS CON QUE CUENTA EL CENTRO DE ACOPIO			
SERVICIO	SI	NO	OBSERVACIONES
Electrónica (computadora y fotocopiadora)			
Área de Recepción			
Área de Almacenamiento			
Área de Atención médica			
Agua (potable/no potable)			
Energía Eléctrica			
Drenaje (sanitarios)			
VIAS DE ACCESO AL CENTRO DE ACOPIO			
Vía CALLE	SI	NO	Especificar Vialidad
CAMINO A LA COMUNIDAD			
INVENTARIO DE RECURSOS MATERIALES PARA HABILITAR CENTRO DE ACOPIO			
Mesas	Sillas	Cajas	Transporte (para donativos)
Otros (especifique tipo y cantidad)			
CONDICIONES SANITARIAS			
Condiciones del centro de acopio en general interior	Buenas	Regulares	Malas
Condiciones del centro de acopio en general en el exterior	Buenas	Regulares	Malas
Avalado por protección civil	Buenas	Regulares	Malas
Observaciones de Regulación Sanitaria de la Jurisdicción Municipal	Buenas	Regulares	Malas
(Anotar sugerencias para mejorar las condiciones sanitarias prevalecientes)	señó		
COBERTURA DEL CENTRO DE ACOPIO			



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE CENTRO ACOPIO
 ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIAS (APCE)

ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE ACOPIO				
Registro de Donativos	Control de Ingresos y Egresos	Asistencia Médica, etc.	SI	NO
CONTROL DEL CENTRO DE ACOPIO				
NIVEL DE RIESGO POR TIPO DE EVENTO				
EVENTO	ALTA	MEDIA	BAJA	
Hidrometeorológico				
Geológico				
Sanitario				
Químico				
Socio Organizativo				

Presidente (a) del Sistema Municipal DIF
 Nombre, Firma y Sello

Director Protección Civil Municipal
 Nombre, Firma y Sello

Sistema de Salud Municipal
 Nombre, Firma y Sello

1.16.3 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL, APCE



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL
 ATENCIÓN A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA
 (APCE)

FECHA DE ALTA DE REFUGIO TEMPORAL : 11/10/2024		MUNICIPIO	METEPEC		
		LOCALIDAD	ESTACION DE APULCO		
DATOS GENERALES DEL REFUGIO TEMPORAL					
Tipo del inmueble:					
Nombre del inmueble:					
Domicilio del refugio temporal:					
Capacidad de personas en el inmueble:					
Ubicación: Latitud/Longitud:					
Superficie total del refugio temporal:					
Responsable del refugio temporal:					
*Teléfono del Responsable del inmueble:					
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE REFUGIO TEMPORAL					
	Material utilizado para su Construcción	Estado en que se encuentra			
		Bueno	Regular	Malo	
Riso					
Muros					
Techo					
Ventanas					
Puertas					
SERVICIOS CON QUE CUENTA EL REFUGIO TEMPORAL					
SERVICIO	SI	NO	OBSERVACIONES		
Agua (potable/no potable):					
Energía Eléctrica:					
Drenaje (sanitarios) H/M:					
Área de Regaderas:					
Área de Almacén y Recepción:					
Área de Servicio Médico:					
Área para Preparación de Alimentos:					
VIAS DE ACCESO A REFUGIO TEMPORAL					
Via	SI	NO	Especificar Vialidad		
CALLE					
CAMINO A LA COMUNIDAD					
INVENTARIO DE RECURSOS MATERIALES PARA HABILITAR REFUGIO TEMPORAL					
Catres	0	Colchonetas	0	Cobijas	0
Estufa	0	Otros (especifique tipo y cantidad):			
CONDICIONES SANITARIAS					
		Buenas	Regulares	Malas	
Condiciones del inmueble Sanitarias generales del interior					
Condiciones del inmueble Sanitarias generales en el exterior					
Visto bueno del Coordinador de Regulación Sanitaria de la Jurisdicción Municipal					
(Anote aquí las condiciones sanitarias prevaletentes en el municipio)					
INSTALACIONES APTAS PARA SER UTILIZADAS COMO REFUGIO TEMPORAL EN CASO DE ALGUN DESASTRE NATURAL					

[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin of the form]



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL
 ATENCIÓN A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA
 (APCE)

COBERTURA DE REFUGIO TEMPORAL

--

ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE REFUGIO TEMPORAL

--

PROTECCION CIVIL

	SI	NO	OBSERVACIONES
Ubicación del refugio temporal en zona segura			
Señalética exterior (identificación del refugio)			
Señalética dentro del inmueble (evacuación salida emergencia No fumar)			
Señalética área (helicóptero) para apoyo a refugio			
Validación por Protección Civil Municipal			

REFUGIO TEMPORAL POR TIPO DE EVENTO Y NIVEL DE RIESGO

EVENTO NATURAL O ANTROPOGENICO	EVENTO			
	ALTA	MEDIA	BAJA	
Hidrometeorológico				
Geológico				
Sanitario				
Químico				
Socio Organizativo				



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL
 ATENCIÓN A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA
 (APCE)

Protección Civil Municipal
 Nombre, Firma y Sello

Centro Salud Municipal
 Nombre, Firma y Sello

Presidente (a) del Sistema Municipal DIF
 Nombre, Firma y Sello

[Handwritten signatures and stamps in blue ink along the right margin]



1.17.1 CONCENTRADO DE PLATICAS, OEA

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



CONCENTRADO GENERAL DE PLÁTICA

DIF MUNICIPAL: _____
 MES QUE REPORTA: _____
 TEMA (A S) IMPARTIDO (O S) _____



No	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	FECHA	NOMBRE DE LA ESCUELA	CLAVE ESCOLAR	PROGRAMA ALIMENTARIO	Nº DE NIÑOS	Nº DE NIÑAS	Nº DE ADULTOS (HOMBRES)	Nº DE ADULTOS (MUJERES)	Nº TOTAL DE ASISTENTES
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										

Página 1

 ELABORÓ
 ORIENTADOR MUNICIPAL
 NOMBRE Y FIRMA

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

[Vertical signatures and stamps on the right margin]

1.17.2 OEA EVIDENCIA FOTOGRAFICA MENSUAL

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



EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE PLÉTICA

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario
y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario
y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario
y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario
y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario
y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario
y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Página 1

ELABORÓ
ORIENTADOR MUNICIPAL
NOMBRE Y FIRMA

REVISÓ
PRESIDENTAJE / DIRECTOR IBI
NOMBRE Y FIRMA

[Handwritten signatures and marks]

1.18.1 FORMATO DE ENCUESTAS, PSBC

PSBC DIF

**Encuesta de Satisfacción
Programa de Salud y Bienestar Comunitario
Capacitaciones 2024**

No. de
folio

Fecha	
Nombre de la capacitación	
Componente	
Municipio	
Localidad	

Esta encuesta es **muy importante**, ya que nos ayuda a **garantizar** que el apoyo que se les otorgo, cumple con las características y necesidades del **Grupo de Desarrollo** y en caso de no ser así, la información proporcionada ayudará a fortalecer el **Programa de Salud y Bienestar Comunitario**

Instrucciones:

- Lea cuidadosamente cada una de las preguntas antes de contestar
- Marque con un **X** la respuesta que considere adecuada

Desempeño del capacitador

1. ¿Qué le pareció la capacitación y actividades realizadas en su comunidad?



2. ¿El capacitador lo motivó en todo momento y generó un ambiente de participación en equipo?



3. ¿Fue adecuado el lugar donde llevaron a cabo la(s) capacitación(es) y actividades?



Página 1



Utilidad de la capacitación

4. ¿Lo que aprendió le servirá para mejorar su vida?



5. ¿Considera que lo que aprendió en la capacitación, ayudará a fortalecer el trabajo en equipo del Grupo de Desarrollo?



6. Comentarios o sugerencias que desee compartir:

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político, queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa

Página 2



1.18.3 FORMATO DE VISITA A COMUNIDAD, PSBC



ANEXO 6

Programa de Salud y Bienestar Comunitario 2024

Reporte de visita de promotora municipal a la comunidad para impulsar el PSBC

Fecha de la visita: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Id G.D.: _____ Integrantes del GD: _____ Modalidad: _____

Nombre de la Promotora
(or) Municipal _____

Actividades realizadas con el GD

Actividades
Resultados/Acuerdos/Fechas Compromiso

Saizar Carlos Martínez Balmori #100 Col. Centro, Pachuca de Soto, Hgo. 771 71 7300 ext. 3046

[Handwritten signatures and initials in blue ink along the right margin]

Para mayor información favor de dirigirse a:
 Abasolo s/n Colonia Centro Metepec, Hidalgo. CP. 43400
 Tel. (774) 7555100
 Página Web: <https://metepechidalgo.gob.mx>
 Correo electrónico: dif@metepechidalgo.gob.mx
 Quejas y Denuncias: Contraloría municipal.

DATOS DE CONTROL

	Elaboró	Revisó	Autorizó	Versión
Nombre	C. Nayeli López Montiel Directora DIF	L.C. Noel Miguel Hernández Vargas Contralor Municipal	C. Juan Antonio Franco Ortiz Presidente Municipal	
Firma				
Fecha	Enero 2025	Enero 2025	Febrero 2025	



(Vertical list of handwritten signatures and initials on the right margin)