



# Manual de Procedimientos del DIF - CRI

Registro: MA2124.MP.DIF.007.111122

<b>AUTORIZACIONES</b>	
María del Pilar Lozada Sánchez  Directora del DIF - CRI	
Oscar Ramírez Escobedo  Jefe de Atención a Grupos Vulnerables	Jaime Daniel Torres Rojas  Jefe de Salud y Consultorios
Priscilla Gabriela Melgarejo Cortés  Jefa de Psicología	Rosa María Vega Rojas  Jefa Jurídica
Rodrigo Aparco Villanueva  Jefe de Asistencia Alimentaria	Julio Bedolla Calderón  Jefe del CRI
Eloy Telles Aguilar  Contralor Municipal	

Actualizado el once de noviembre de dos mil veintidos, con fundamento en los artículos 105 fracción III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, 78 fracción IV de la Ley Orgánica Municipal y el Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco, Puebla.



## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	- 7 -
II. IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	- 8 -
III. APARTADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS POR UNIDAD ADMINISTRATIVA ..	- 9 -
JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS .....	- 9 -
III.a Procedimiento de Consulta de la Mujer y Consulta Infantil .....	- 9 -
III.a.1 Objetivo .....	- 9 -
III.a.2 Fundamento legal.....	- 9 -
III.a.3 Tiempo de gestión.....	- 9 -
III.a.4 Descripción del procedimiento .....	- 9 -
III.a.5 Diagrama de flujo .....	- 11 -
III.a.6 Formatos aplicables .....	- 12 -
III.a.7 Presentación de formatos aplicables .....	- 12 -
III.b Procedimiento Consulta Dental.....	- 15 -
III.b.1 Objetivo .....	- 15 -
III.b.2 Fundamento legal.....	- 15 -
III.b.3 Tiempo de gestión.....	- 15 -
III.b.4 Descripción del procedimiento .....	- 15 -
III.b.5 Diagrama de flujo .....	- 17 -
III.b.6 Formatos aplicables .....	- 18 -
III.b.7 Presentación de formatos aplicables .....	- 18 -
III.c Procedimiento de Reabastecimiento y Control de Medicamentos.....	- 22 -
III.c.1 Objetivo .....	- 22 -
III.c.2 Fundamento legal.....	- 22 -
III.c.3 Tiempo de gestión .....	- 22 -
III.c.4 Descripción del procedimiento.....	- 22 -
III.c.5 Diagrama de flujo.....	- 23 -
III.c.6 Formatos aplicables .....	- 24 -
III.d Procedimiento Abastecimiento de receta al público .....	- 24 -
III.d.1 Objetivo .....	- 24 -
III.d.2 Fundamento legal.....	- 24 -



III.d.3 Tiempo de gestión.....	- 24 -
III.d.4 Descripción del procedimiento .....	- 24 -
III.d.5 Diagrama de flujo .....	- 26 -
III.d.6 Formatos aplicables .....	- 27 -
III.e Procedimiento de Trámite de apoyo monetario a las Auxiliares de Casas de Salud - 27	-
III.e.1 Objetivo .....	- 27 -
III.e.2 Ámbito de aplicación.....	- 27 -
III.e.3 Tiempo de gestión.....	- 27 -
III.e.4 Descripción del procedimiento .....	- 27 -
III.e.5 Diagrama de flujo .....	- 29 -
III.e.6 Formatos aplicables .....	- 30 -
III.e.7 Presentación de formatos aplicables .....	- 30 -
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.....	- 31 -
III.f Procedimiento de Servicio de Terapia (física, ocupacional, psicológica y equinoterapia)	- 31 -
III.f.1 Objetivo .....	- 31 -
III.f.2 Fundamento legal.....	- 31 -
III.f.3 Tiempo de gestión.....	- 31 -
III.f.4 Descripción del procedimiento .....	- 31 -
III.f.5 Diagrama de flujo.....	- 34 -
III.f.6 Formatos aplicables .....	- 35 -
III.f.7 Presentación de Formatos aplicables .....	- 36 -
JEFATURA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA.....	- 42 -
III.g Procedimiento de Registro de posibles beneficiarios a programas alimenticios.....	- 42 -
III.g.1 Objetivo .....	- 42 -
III.g.2 Fundamento legal.....	- 42 -
III.g.3 Tiempo de gestión.....	- 42 -
III.g.4 Descripción del procedimiento .....	- 42 -
III.g.5 Diagrama de flujo .....	- 45 -
III.g.6 Formatos aplicables .....	- 46 -



III.h Procedimiento de Elaboración de tarjetas INAPAM.....	- 46 -
III.h.1 Objetivo .....	- 46 -
III.h.2 Fundamento legal.....	- 46 -
III.h.3 Tiempo de gestión.....	- 46 -
III.h.4 Descripción del procedimiento .....	- 46 -
III.h.5 Diagrama de flujo .....	- 49 -
III.h.6 Formatos aplicables .....	- 50 -
III.h.7 Presentación de formatos aplicables .....	- 50 -
III.i Procedimiento de Inscripción a cursos de CECADE.....	- 52 -
III.i.1 Objetivo .....	- 52 -
III.i.2 Fundamento legal .....	- 52 -
III.i.3 Tiempo de gestión .....	- 52 -
III.i.4 Descripción del procedimiento.....	- 52 -
III.i.5 Diagrama de flujo.....	- 54 -
III.i.6 Formatos aplicables .....	- 54 -
III.i.7 Presentación de formatos aplicables.....	- 55 -
III.j Procedimiento de Inscripción a estancia de día.....	- 56 -
III.j.1 Objetivo .....	- 56 -
III.j.2 Fundamento legal .....	- 56 -
III.j.3 Tiempo de gestión .....	- 56 -
III.j.4 Descripción del procedimiento.....	- 56 -
III.j.5 Diagrama de flujo.....	- 58 -
III.j.6 Formatos aplicables .....	- 59 -
III.j.7 Presentación de formatos aplicables.....	- 59 -
JEFATURA DE ATENCIÓN A GRUPOS VULNERABLES .....	- 60 -
III.k Procedimiento de Apoyo aparatos ortopédicos y/o auditivos .....	- 60 -
III.k.1 Objetivo .....	- 60 -
III.k.2 Fundamento legal.....	- 60 -
III.k.3 Tiempo de gestión .....	- 60 -
III.k.4 Descripción del procedimiento.....	- 60 -
III.k.5 Diagrama de flujo .....	- 63 -



III.k.6 Listado de formatos aplicables .....	- 64 -
III.k.7 Presentación de formatos aplicables.....	- 64 -
III.l Procedimiento de Apoyo medicamentos.....	- 67 -
III.l.1 Objetivo .....	- 67 -
III.l.2 Fundamento legal .....	- 67 -
III.l.3 Tiempo de gestión .....	- 67 -
III.l.4 Descripción del procedimiento.....	- 67 -
III.l.5 Diagrama de flujo.....	- 70 -
III.l.6 Listado de formatos aplicables .....	- 71 -
III.m Procedimiento de Apoyo por gastos funerarios.....	- 74 -
III.m.1 Objetivo .....	- 74 -
III.m.2 Fundamento legal.....	- 74 -
III.m.3 Tiempo de gestión.....	- 74 -
III.m.4 Descripción del procedimiento .....	- 74 -
III.m.5 Diagrama de flujo .....	- 76 -
III.m.6 Listado de formatos aplicables.....	- 77 -
III.n Procedimiento de Impartición de talleres.....	- 80 -
III.n.1 Objetivo .....	- 80 -
III.n.2 Fundamento legal.....	- 80 -
III.n.3 Tiempo de gestión.....	- 80 -
III.n.4 Descripción del procedimiento .....	- 80 -
III.n.5 Diagrama de flujo .....	- 82 -
III.n.6 Listado de formatos aplicables.....	- 83 -
III.n.7 Presentación de formatos aplicables .....	- 83 -
JEFATURA DE PSICOLOGÍA.....	- 85 -
III.ñ Procedimiento de Atención Psicológica .....	- 85 -
III.ñ.1 Objetivo .....	- 85 -
III.ñ.2 Fundamento legal.....	- 85 -
III.ñ.3 Tiempo de gestión.....	- 85 -
III.ñ.4 Descripción del procedimiento .....	- 86 -
III.ñ.6 Listado de formatos aplicables.....	- 88 -



III.o Procedimiento de Atención a clínica de maltrato.....	- 91 -
III.o.1 Objetivo .....	- 91 -
Brindar atención legal, psicológica y médica a cualquier persona que lo requiera o solicite.....	- 91 -
III.o.2 Fundamento legal.....	- 91 -
III.o.3 Tiempo de gestión.....	- 91 -
III.o.4 Descripción del procedimiento .....	- 91 -
III.o.6 Listado de formatos aplicables.....	- 92 -
JEFATURA JURÍDICA.....	- 94 -
III.p Procedimiento de Atención a Juzgados.....	- 94 -
III.p.1 Objetivo .....	- 94 -
III.p.2 Fundamento legal.....	- 94 -
III.p.3 Tiempo de gestión.....	- 94 -
III.p.4 Descripción del procedimiento .....	- 94 -
III.q Procedimiento de Juicios Familiares .....	- 96 -
III.q.1 Objetivo .....	- 96 -
III.q.2 Fundamento legal.....	- 96 -
III.q.3 Tiempo de gestión.....	- 97 -
III.q.4 Descripción del procedimiento .....	- 97 -
III.r Procedimiento de Asesorías jurídicas .....	- 99 -
III.r.1 Objetivo .....	- 99 -
III.r.2 Fundamento legal.....	- 99 -
III.r.3 Tiempo de gestión.....	- 99 -
III.r.4 Descripción del procedimiento .....	- 99 -
III.r.6 Listado de formatos aplicables.....	- 100 -
III.s Procedimiento de impartición de Pláticas .....	- 102 -
III.s.1 Objetivo .....	- 102 -
III.s.2 Fundamento legal.....	- 102 -
III.s.3 Tiempo de gestión.....	- 102 -
III.s.4 Descripción del procedimiento.....	- 102 -
IV. GLOSARIO.....	- 104 -



## I. INTRODUCCIÓN

El DIF Municipal, es un Organismo Público, constituido debidamente en el Municipio de Atlixco, Puebla, con la finalidad de planear, generar y direccionar estrategias dedicadas a promover valores y acciones que encaucen al fortalecimiento familiar, como medio para consolidar una mejor sociedad.

El presente Manual de Procedimientos pretende detallar las actividades generales de cada una de las áreas mostrando, a través de diagramas de flujo, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que se están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo de estas actividades, de su desarrollo y ejecución. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades que realiza el DIF- CRI Municipal. Por lo anterior, se pretende que el mismo, tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dependencia, describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y los puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal.

El Manual se usará como una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso e incentive la polifuncionalidad al interior de cada área.

El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en él, por lo tanto, el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo.





## II. IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

### **Jefatura de Salud y Consultorios**

- a Procedimiento de Consulta de la Mujer y Consulta Infantil
- b Procedimiento Consulta Dental
- c Procedimiento de Reabastecimiento y Control de Medicamentos
- d Procedimiento Abastecimiento de receta al público
- e Procedimiento de Trámite de apoyo monetario a las Auxiliares de Casas de Salud

### **Centro de Rehabilitación Integral**

- f Procedimiento de Servicio de Terapia (física, ocupacional, psicológica y equino terapia)

### **Jefatura de Asistencia Alimentaria**

- g Procedimiento de Registro de posibles beneficiarios a programas alimenticios
- h Procedimiento de Elaboración de tarjetas INAPAM
- i Procedimiento de Inscripción a cursos de CECADE
- j Procedimiento de Inscripción a estancia de día

### **Jefatura de Atención a Grupos Vulnerables**

- k Procedimiento de Apoyo aparatos ortopédicos y/o auditivos
- l Procedimiento de Apoyo medicamentos
- m Procedimiento de Apoyo por gastos funerarios
- n Procedimiento de Impartición de talleres

### **Jefatura de Psicología**

- ñ Procedimiento de Atención Psicológica
- o Procedimiento de Atención a clínica de maltrato

### **Jefatura Jurídica**

- p Procedimiento de Atención a Juzgados
- q Procedimiento de Juicios Familiares
- r Procedimiento de Asesorías jurídicas
- s Procedimiento de impartición de Pláticas





### III. APARTADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS POR UNIDAD ADMINISTRATIVA

#### JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS

##### III.a Procedimiento de Consulta de la Mujer y Consulta Infantil

###### III.a.1 Objetivo

Ofertara atención médica de primer nivel prenatal, así como a enfermedades específicas de la mujer, para su atención específica de acuerdo a la edad, así como ofrecer un adecuado control del niño sano.

###### III.a.2 Fundamento legal

- Ley General de Salud
- Artículos 4 fracción III y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- NOM004 del Expediente Clínico

###### III.a.3 Tiempo de gestión

25 a 30 minutos por consulta

###### III.a.4 Descripción del procedimiento

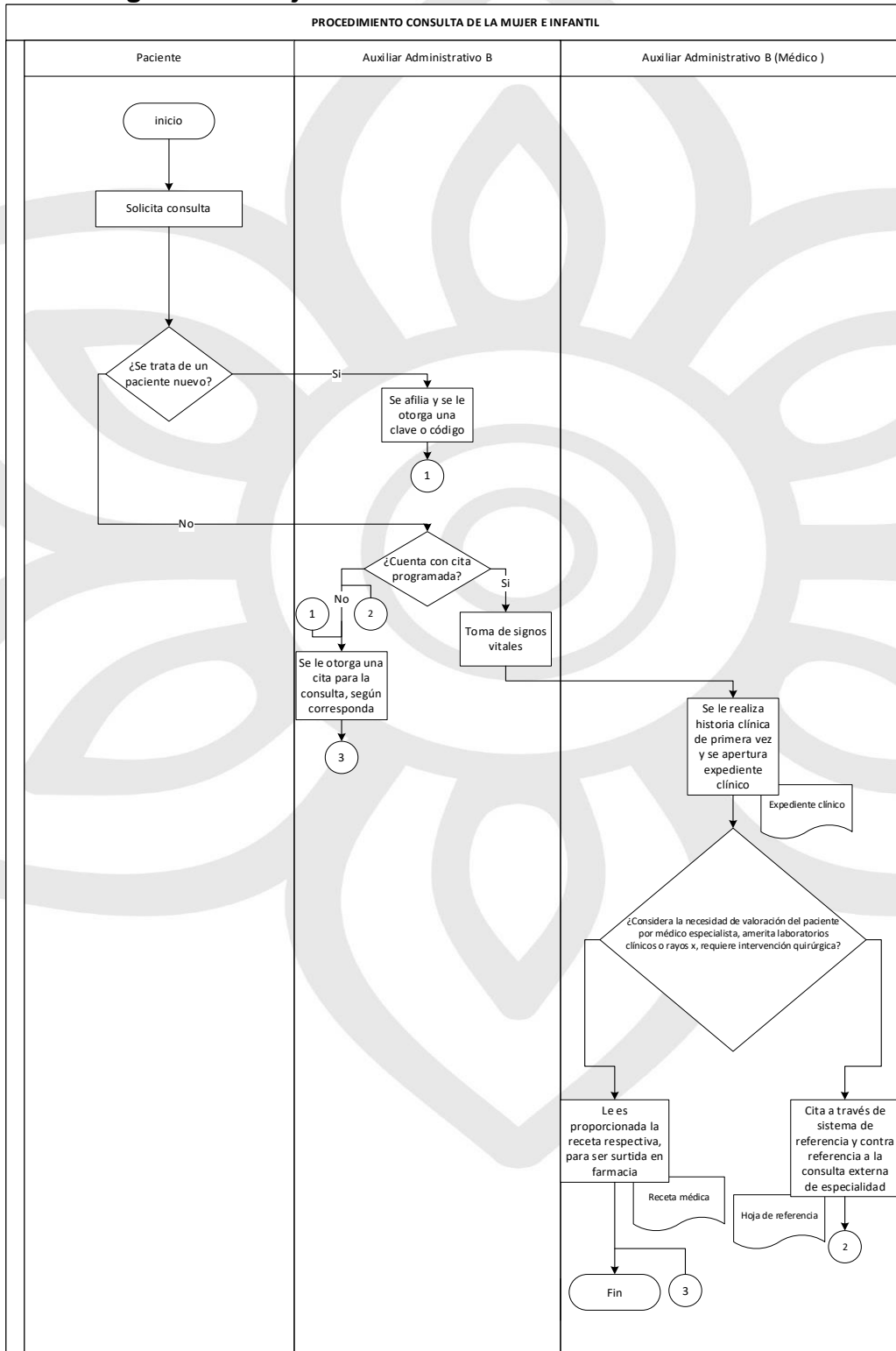
No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Solicita consulta  Se trata de paciente nuevo:  Si: se afilia y otorga una clave o código.  No: pasa a la siguiente actividad.	N/A	Paciente
2	Verifica si cuenta con cita programada	N/A	Auxiliar Administrativo B



	Si: pasa al punto 3 No: se le otorga una cita para consulta		
3	Se tomarán signos vitales antes de la consulta.	N/A	Auxiliar Administrativo B
4	Se hará historia clínica en consulta de primera vez y se abrirá expediente clínico.	Expediente clínico	Auxiliar Administrativo B (Médico)
5	En caso de que el médico tratante de primer nivel de atención considere la valoración de la paciente por medico ginecólogo, se hará a través del sistema de referencia contra referencia al servicio de ginecología del Hospital general de Atlixco Gonzalo Rio Arronte. Para este trámite la paciente deberá presentar copia de CURP e INE.	Referencia y Contra referencia	Auxiliar Administrativo B (Médico)
6	Cuando la paciente amerite cirugía ginecológica se hará la presentación del caso a través de sistema de referencia contra referencia con el área de especialidad de gineco obstetricia del Hospital general de Atlixco Gonzalo Rio Arronte de los SSEP.	Referencia y Contra referencia	Auxiliar Administrativo B (Médico)
7	Al termina la consulta, el paciente pasará a la farmacia a surtir su receta.	Receta Medica	Auxiliar Administrativo B (Médico)
8	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.a.5 Diagrama de flujo





### III.a.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Historia Clínica	Se conserva de manera permanente
Hoja diaria de registro	Se conserva de manera permanente
Referencia y Contra referencia	Se conserva de manera permanente
Receta	Se conserva de manera permanente

### III.a.7 Presentación de formatos aplicables

AYUNTAMIENTO DE  
ATLIXCO
SERVIR PARA  
TRANSFORMAR
www.atlixco.gob.mx

**Nota Médica**

**Fecha:**  
**Hora de elaboración:**  
**Nombre:**  
**Celular:**  
**Fecha Nacimiento:**  
**Edad:**  
**Domicilio:**  
**Departamento adscrito:**  
**Horario laboral:**  
**No. De trabajador:**  
**Jefe inmediato:**  
**ISSTEP:**

**Antecedentes personales patológicos:**

Enfermedades: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Cirugías: \_\_\_\_\_ Traumáticos: \_\_\_\_\_  
Toxicomanías: \_\_\_\_\_ Inmunizaciones: \_\_\_\_\_

**Signos vitales:**

T/A: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

**Padecimiento actual:**

**IDX:**  
**Plan:**

(Nombre, cedula profesional y firma del médico que elaboro la nota)

Plaza de Armas No. 1 Centro. Atlixco, Puebla. Tel. 244 44 5 02 81



## HISTORIA CLINICA

### FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha de elaboración	<input type="text"/>	Hora de elaboración	<input type="text"/>		
Nombre del paciente	<input type="text"/>		Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	
Edad en años	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Lugar de nac.	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
Religión	<input type="text"/>	Estado civil	<input type="text"/>	Tipo de sangre	<input type="text"/>
Escolaridad	<input type="text"/>	Ocupación	<input type="text"/>		

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Madre	<input type="text"/>
Padre	<input type="text"/>
Abuelo materno	<input type="text"/>
Abuela materna	<input type="text"/>
Abuelo paterno	<input type="text"/>
Abuela paterno	<input type="text"/>
Hijos	<input type="text"/>



DIF/CRI  
JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS  
HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Referencia

Fecha	Hora

Unidad a la que se refiere:

Urgencia

SI	No

Servicio al que se refiere:

Datos del paciente:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
			Masc. Fem.
Domicilio		Teléfono o contacto	

Diagnóstico de envío:

Resumen médico:

Nombre y firma del médico que refiere: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente o familiar que recibe la referencia: \_\_\_\_\_

Plaza de Armas No. 1 Centro. Atlixco, Puebla. Tel. 244 44 5 02 81



### III.b Procedimiento Consulta Dental

#### III.b.1 Objetivo

Estimular y fomentar la educación dental pública y la prevención de las enfermedades bucales.

#### III.b.2 Fundamento legal

- Ley General de Salud
- Artículos 4 fracción III y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley 10/86 (sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental), incluye en su artículo primero que «los odontólogos tienen capacidad profesional para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y de tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos anejos».
- Ley 44/2003 «de ordenación de las profesiones sanitarias», en su artículo 6, al describir las atribuciones profesionales de los dentistas, remite a la citada Ley 10/86.
- Norma técnica núm. 52, para la elaboración, integración y uso del expediente clínico publicada en el DOF, 20 de agosto de 1986.
- Norma técnica núm. 80, para la prevención y control de las enfermedades bucodentales en la atención primaria a la salud, publicada en el DOF, 28 de enero de 1987
- NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales

#### III.b.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.b.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Solicita consulta  Se trata de paciente nuevo:  Si: se afilia y otorga una clave o código.	N/A	Paciente

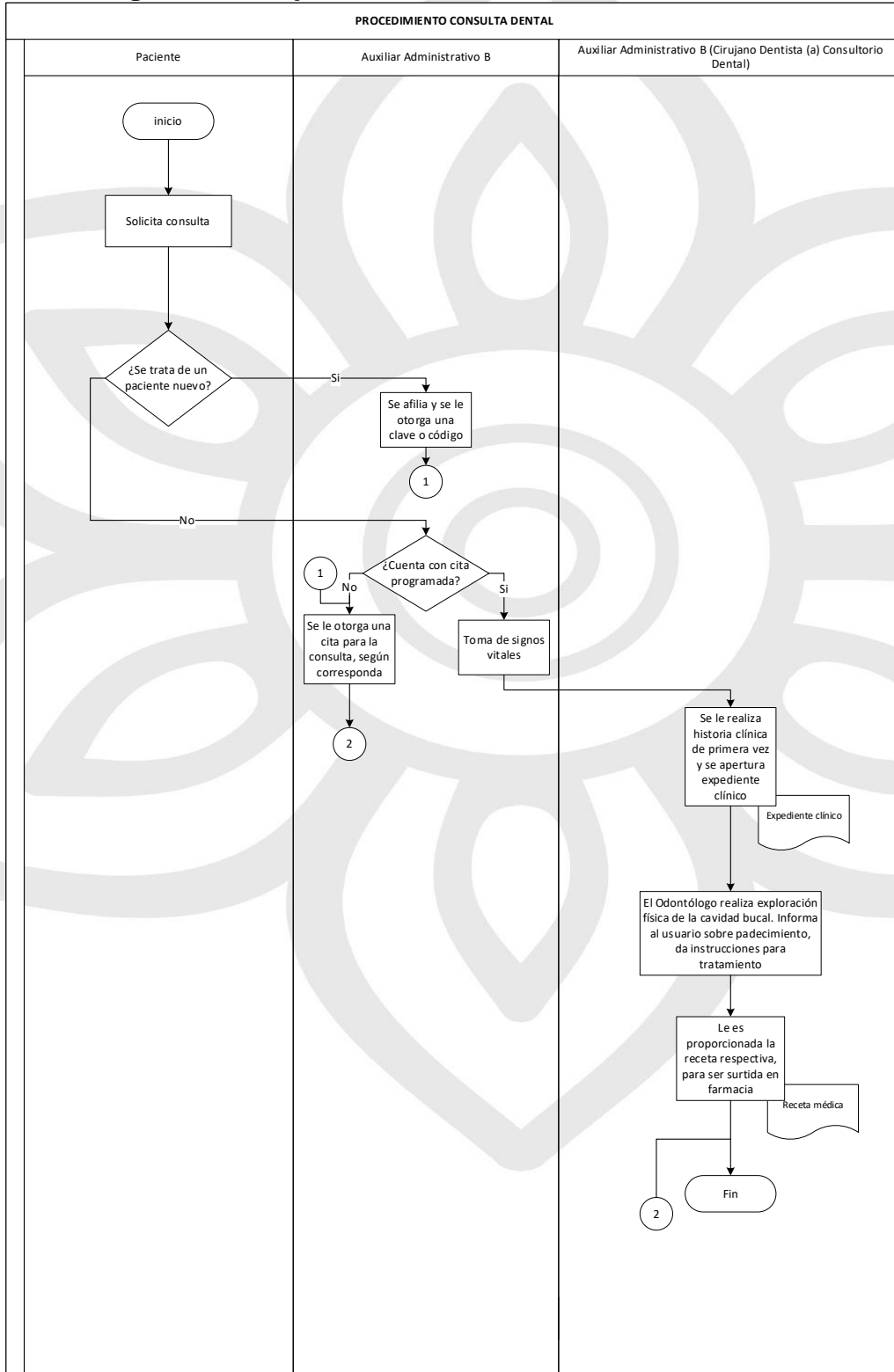


	No: pasa a la siguiente actividad.		
2	Verifica si cuenta con cita programada  Si: pasa al punto 3  No: se le otorga una cita para consulta	N/A	Auxiliar Administrativo B
3	Se tomarán signos vitales antes de la consulta.	N/A	Auxiliar Administrativo B
4	Se hará historia clínica en consulta de primera vez y se abrirá expediente clínico.	Expediente clínico	Auxiliar Administrativo B (Cirujano Dentista (a) Consultorio Dental)
5	El Odontólogo realiza exploración física de la cavidad bucal. Informa al usuario sobre padecimiento, da instrucciones para tratamiento	N/A	Auxiliar Administrativo B (Cirujano Dentista (a) Consultorio Dental)
6	Termina la consulta, el paciente pasará a la farmacia a surtir su receta	Receta Medica	Auxiliar Administrativo B (Cirujano Dentista (a) Consultorio Dental)





### III.b.5 Diagrama de flujo





### III.b.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Historia Clínica	Se conserva de manera permanente
Receta	Se conserva de manera permanente
Hoja diaria de consulta externa	Se conserva de manera permanente

### III.b.7 Presentación de formatos aplicables

#### HISTORIA CLÍNICA MÉDICO ODONTOLÓGICA

No. de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha inicio: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Sexo:  HOMBRE  MUJER

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso necesario comunicarse con: \_\_\_\_\_ Al teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Última visita al odontólogo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frecuencia del cepillado: \_\_\_\_\_ Utiliza hilo dental

SI  NO

Plaza de Armas No. 1 Centro, Atlixco, Puebla, Tel. 244 44 5 02 81



Le han realizado aplicación tópica de fluoruros SI (  ) NO (  ) Fecha \_\_\_\_\_

Usa enjuague bucal: SI (  ) NO (  )

Alguna enfermedad crónica degenerativa en sus padres o abuelos: \_\_\_\_\_

Tiene alguna enfermedad: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento: \_\_\_\_\_ cuál: \_\_\_\_\_

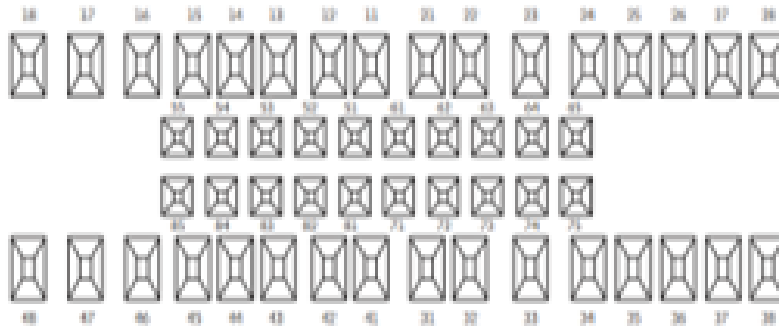
Le han practicado intervenciones quirúrgicas: si (  ) no (  ) Porque: \_\_\_\_\_

Alérgico a algún medicamento o anestésico: \_\_\_\_\_

ATM: \_\_\_\_\_

Tejidos blandos: \_\_\_\_\_

*Índice de higiene bucal*









### III.c Procedimiento de Reabastecimiento y Control de Medicamentos

#### III.c.1 Objetivo

Proveer de medicamentos e insumos para atención de los pacientes.

#### III.c.2 Fundamento legal

- Ley General de Salud
- Artículos 4 fracción III y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

#### III.c.3 Tiempo de gestión

Variable

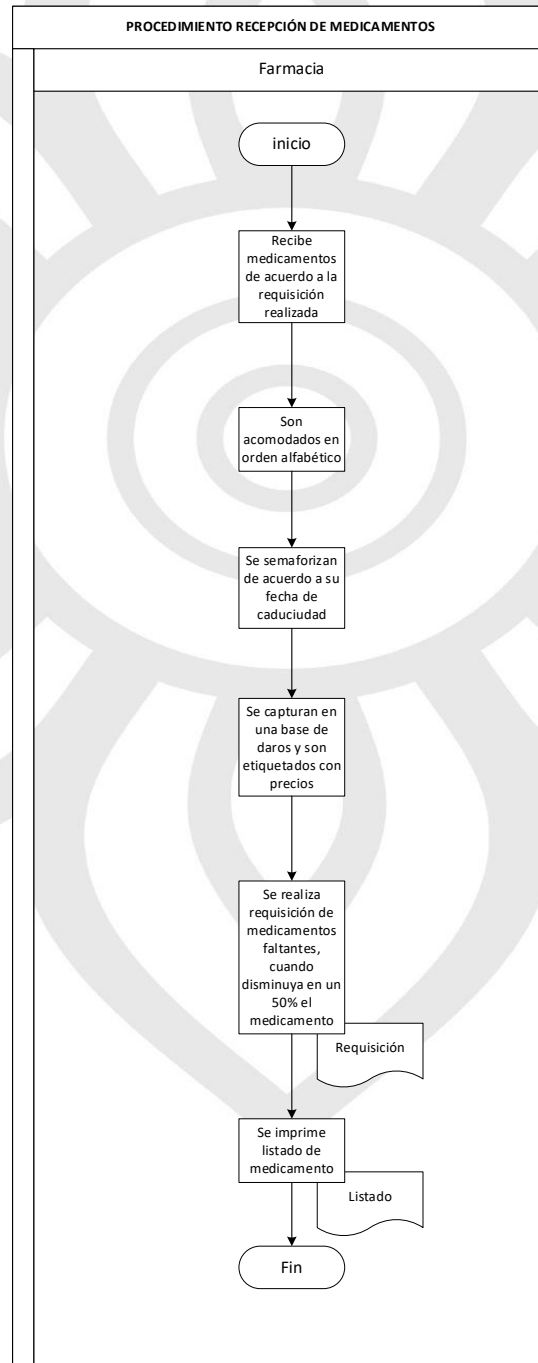
#### III.c.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Recibir medicamentos de acuerdo con la requisición solicitada.	Requisición	Farmacia
2	Se acomodarán por orden alfabético en la estantería del área de farmacia	N/A	Farmacia
3	Se semaforizarán de acuerdo con la fecha de caducidad	N/A	Farmacia
4	Se capturarán en una base de datos y se etiquetará con precios.	N/A	Farmacia
5	Se realizará requisición de medicamentos faltantes cuando disminuya en un 50% el medicamento	Requisición	Farmacia



6	Se imprime listado de medicamento	Listado de medicamento	Farmacia
7	Fin del procedimiento	N/A	N/A

### III.c.5 Diagrama de flujo





### III.c.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Requisición	Se conserva de manera permanente
Listado de medicamento	Se conserva de manera permanente

### III.d Procedimiento Abastecimiento de receta al público

#### III.d.1 Objetivo

Surtir de medicamentos e insumos para atención de los pacientes.

#### III.d.2 Fundamento legal

- Ley General de Salud
- Artículos 4 fracción III y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

#### III.d.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.d.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Entrega receta	Receta	Paciente o beneficiario
2	Buscar medicamento por orden alfabético o en la base de datos	N/A	Farmacia
3	Si es medicamento controlado, se queda la receta original o se sella, además de anotar en la bitácora de medicamentos controlados	N/A	Farmacia
4	Se realiza el cobro del medicamento	N/A	Farmacia
5	Se entrega al paciente el medicamento	N/A	Farmacia

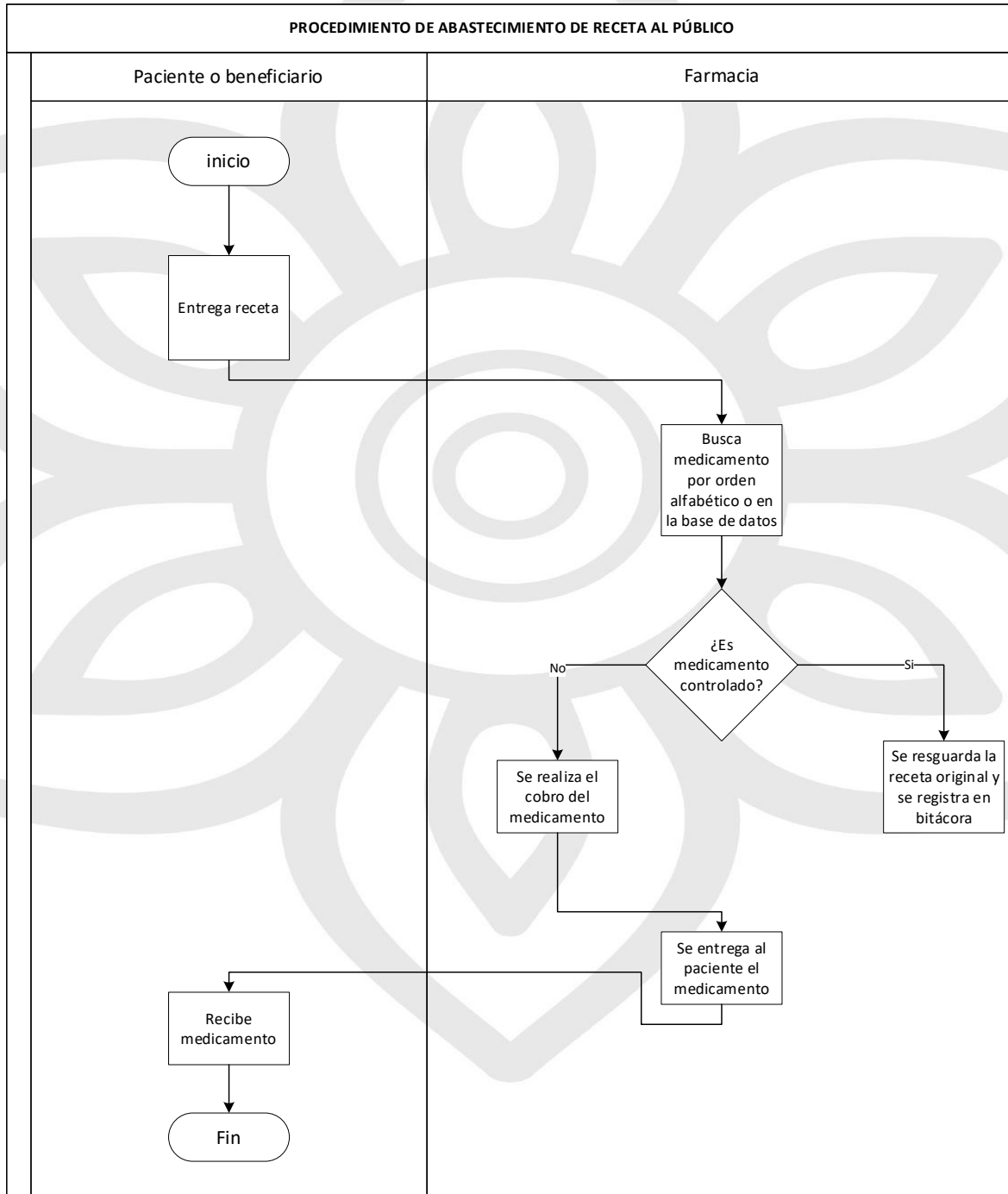




6	Recibe medicamento	N/A	Paciente o beneficiario
7	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.d.5 Diagrama de flujo





### III.d.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Receta	Se conserva de manera permanente

### III.e Procedimiento de Trámite de apoyo monetario a las Auxiliares de Casas de Salud

#### III.e.1 Objetivo

Realizar los trámites y gestiones necesarias, para la obtención y entrega de recursos económicos, mismos que serán destinados al apoyo de personal auxiliar.

#### III.e.2 Ámbito de aplicación

El perfil de a auxiliar de salud debe ser una persona de la comunidad electa por la autoridad local y su comunidad con actitud de servicio

El apoyo es mensual

#### III.e.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.e.4 Descripción del procedimiento

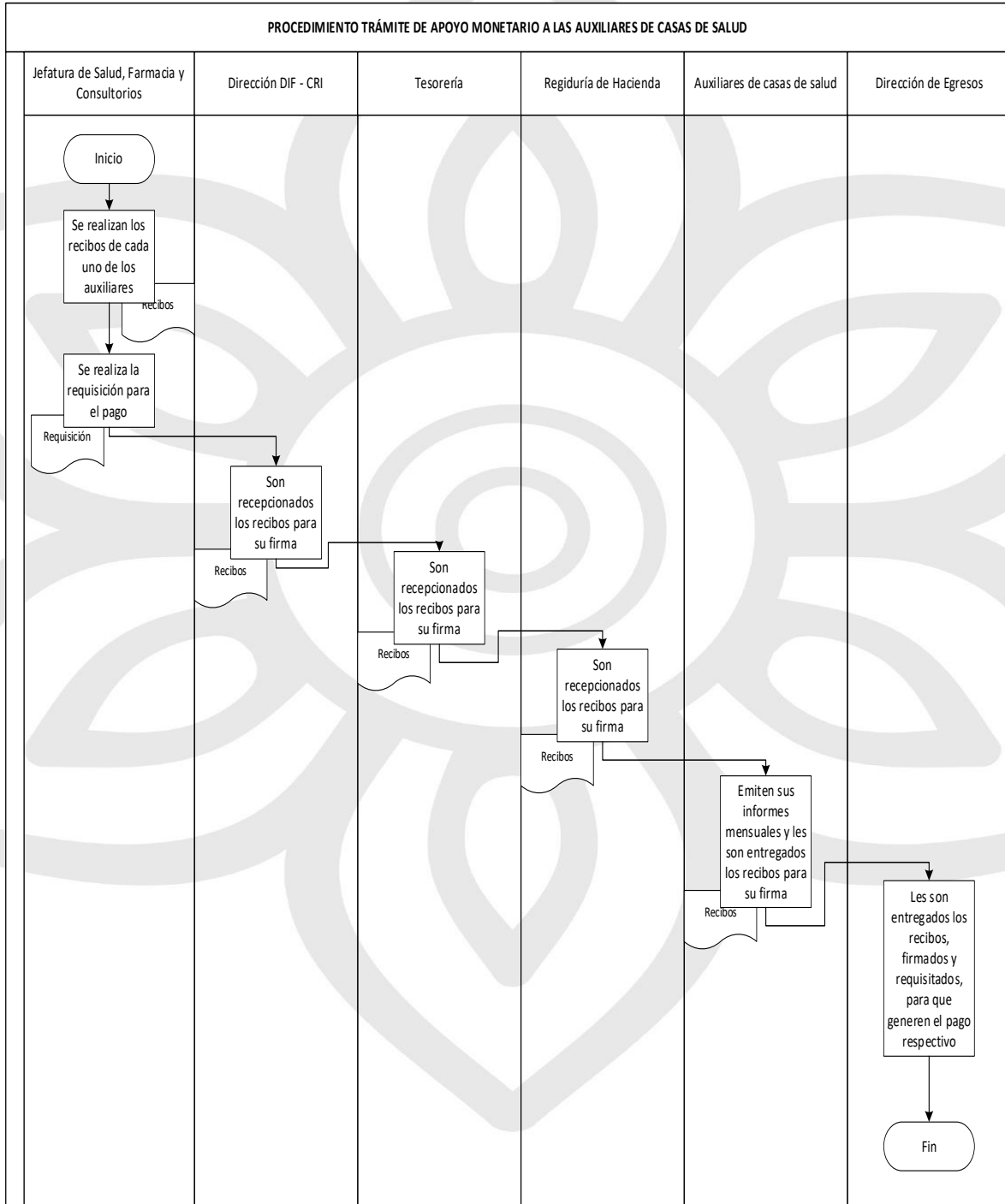
No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Se realizan recibos de las 33 auxiliares	Recibos	Jefatura de Salud, Farmacia y Consultorios
2	Se realiza requisición para el pago	Recibos	Jefatura de Salud, Farmacia y Consultorios
3	Se llevan los recibos a la dirección de DIF/CRI para firma	Recibos	Dirección DIF - CRI
4	Se llevan los recibos a Tesorería para firma	Recibos	Tesorería



5	Se llevan los recibos a Regiduría de Hacienda para firma	Recibos	Regiduría de Hacienda
6	En reunión mensual con auxiliares de casas de salud se recogen sus informes mensuales y se dan los recibos para firma	Recibos	Auxiliares casas de salud
7	Se llevan los recibos a Egresos para que generen el pago y se les depositen a las auxiliares	Recibos	Dirección de Egresos
8	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.e.5 Diagrama de flujo





### III.e.6 Formatos aplicables

Título	Disposición
Recibos	Se conserva de manera permanente en Tesorería y DIF - CRI

### III.e.7 Presentación de formatos aplicables

#### III.e.9 Presentación de formatos aplicables RECIBO SIMPLE



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
ATLIXCO, PUE.  
2021-2024  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

**BUENO POR \$ 1,500.00**

Recibí de la Tesorería Municipal la cantidad de: \$ 1,500.00 (mil quinientos pesos 00/100 M. N.) Por concepto de apoyo a la auxiliar de Casa de Salud de la Colonia Agrícola Ocoatepec, correspondiente al mes de agosto de 2022.

Recibí

**C. Matilde Romero Martínez**  
Calle Benito Juárez N0.1  
Col. Agrícola Ocoatepec  
Atlixco, Pue.  
RFC-ROMM950314

Heroica Ciudad de Atlixco, Pue., a 16 de agosto de 2022.

VO. BO.

CONFORME

PRESIDENTA MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
DE ATLIXCO PUEBLA

REGIDORA DE LA COMISION DE PATRIMONIO  
Y HACIENDA PÚBLICA MUNICIPAL

DR. ARIADNA AYALA CAMARILLO

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GOMEZ ANDRADE

REVISÓ

REALIZÓ

TESORERO MUNICIPAL

DIRECTORA DE DIF- CRI MUNICIPAL

MTRO. JUAN FRANCISCO GARCIA MARTÍNEZ

MVZ. MARIA DEL PILAR LOZADA SÁNCHEZ



## CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

### III.f Procedimiento de Servicio de Terapia (física, ocupacional, psicológica y equinoterapia)

#### III.f.1 Objetivo

Ofrecer un servicio de calidez y calidad al usuario al brindar consultas con especialistas que diagnostiquen y establezcan un tratamiento correspondiente para cada usuario con el fin de la fácil incorporación del usuario a su vida familiar y social, a través de diversos tipos de terapias, tales como, física, ocupacional, psicológica, equinoterapia, entre otras.

#### III.f.2 Fundamento legal

- Ley General de Salud
- Artículos 4 fracción III y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

#### III.f.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.f.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	El paciente solicita consulta, y se agenda cita para valoración médica. Cada persona solicitante acude personalmente a la recepción de CRI para agendar su cita médica, dependiendo el servicio solicitado	Referencias Medicas (si las hay)	Auxiliar Administrativo B
2	Valoración médica por especialista (rehabilitación, Lenguaje, psiquiatría y Psicología.)	Expediente Clínico • Carta de consentimiento Informado	Médico Especialista externo



	<p>Llegado el día de la cita con los diferentes especialistas, el paciente es valorado de forma integral para poder asignar el tratamiento específico a cada padecimiento. En este momento se integra el expediente clínico con documentos de identificación de los pacientes, así como formatos específicos de identificación, consentimiento y tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta Responsiva</li> <li>• Hoja de Nota Medica</li> <li>• Carta de autorización para equinoterapia</li> <li>• Recetas médicas</li> <li>• Estudios complementarios</li> <li>• Identificación oficial (copia)</li> <li>• CURP (copia)</li> </ul>	
3	<p>Estudio Socioeconómico y Canalización a diferentes tipos de terapias.</p> <p>Al terminar la consulta con el especialista a cada paciente se le realiza un estudio socioeconómico y/o una visita domiciliaria para asignar un nivel socioeconómico y así poder calcular el pago por terapia. Así mismo se canaliza a cada paciente según las indicaciones del médico especialista a los diferentes tipos de terapias ofertados en el CRI.</p>	<p>Formato de Estudio Socioeconómico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet de Citas</li> </ul>	<p>Auxiliar Operativo B (Trabajador Social)</p>
4	<p>Terapias: Terapia física, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, y</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de Notas de Terapia</li> </ul>	<p>Auxiliar Administrativo B (terapeuta físico, de lenguaje,</p>

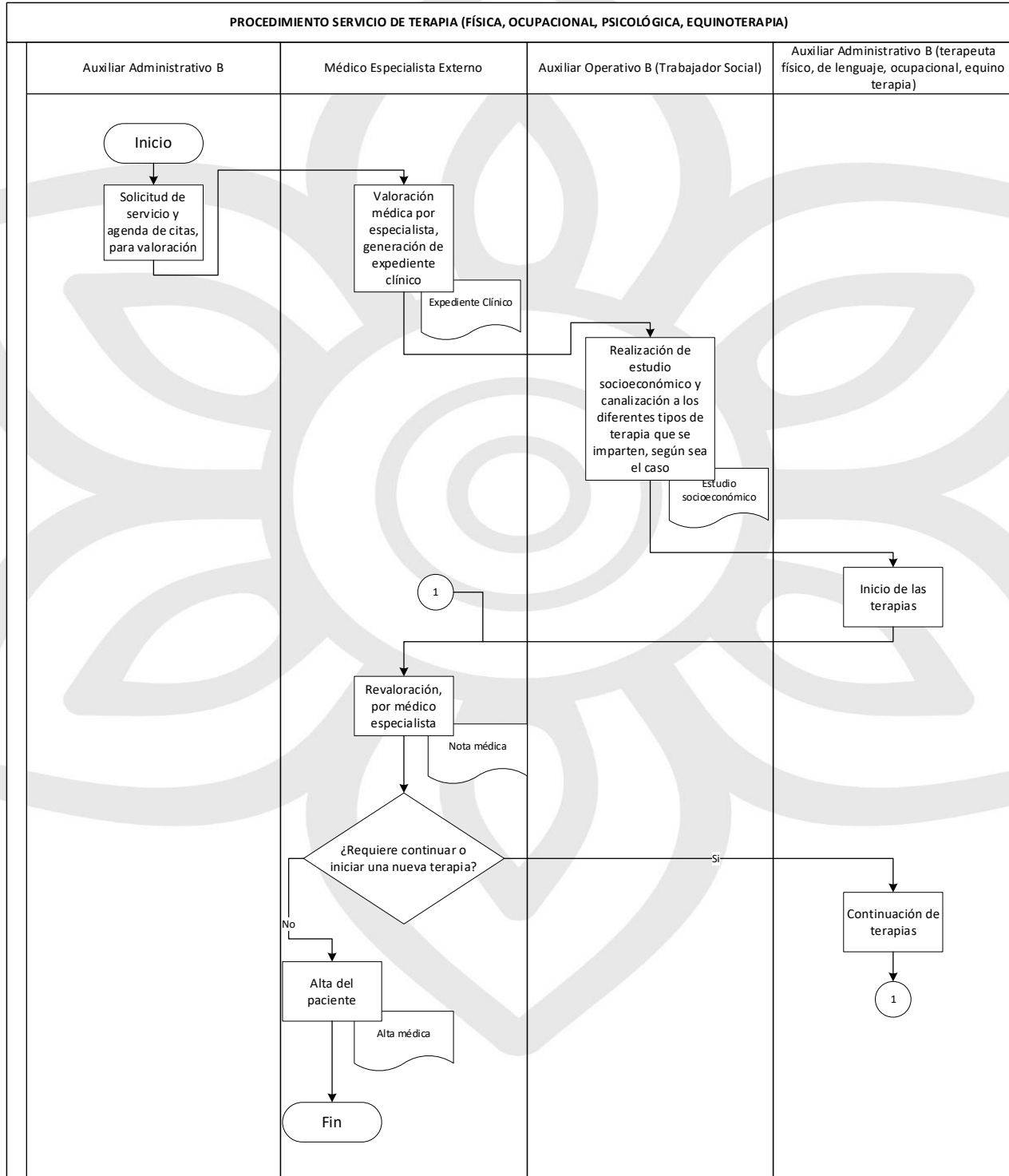




	Equinoterapia. El paciente acude a las terapias asignadas en tiempo y forma de acuerdo con el número de sesiones ya establecido hasta la indicación de la nueva revaloración médica.		ocupacional, equino terapia)
5	Revaloración por médicos especialistas Al termino de las sesiones de terapia, se revalora nuevamente al paciente para determinar si continua con sesiones de terapia o ya está rehabilitado, en tal caso se dará de alta por parte del médico especialista.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoja de nota medica</li></ul>	Médico Especialista externo
6	Alta de Paciente Al considerarse paciente rehabilitado, el médico especialista realizara una nota de alta del paciente donde se determina su alta por mejoría. También se podrán dar de alta en caso de que un paciente falte por más de 3 sesiones consecutivas a terapias y/o consultas de especialidad, en tal caso el terapeuta y/o especialista realiza una nota de alta por abandono de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nota de alta de paciente</li></ul>	Médico Especialista externo



### III.f.5 Diagrama de flujo





### III.f.6 Formatos aplicables

<b>Título</b>	<b>Observación</b>
Hoja Frontal de expediente Clínico”	Archivo de concentración municipal
Carta de Consentimiento Informado	Archivo de concentración municipal
Hoja de Pre valoración	Archivo de concentración municipal
Carta Responsiva	Archivo de concentración municipal
Carta de Autorización para otorgar el servicio de Psicoterapia asistida por equinos	Archivo de concentración municipal
Estudio Socioeconómico y aviso de privacidad de datos personales	Archivo de concentración municipal
Hoja de nota de consulta.	Archivo de concentración municipal
Nota de consulta psiquiátrica	Archivo de concentración municipal



### III.f.7 Presentación de Formatos aplicables

**EXPEDIENTE CLÍNICO**

---

**CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL**

NOMBRE DEL PACIENTE:

No. DE EXPEDIENTE LOCALIDAD

**CRI**  
Centro de Rehabilitación Integral

**DIF**  
ATLIXCO

Calle Miguel Hidalgo S/N  
Col. El Carmen, Atlixco, Pue.



**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DEL MUNICIPIO DE ATLIXCO.**



**Aviso de privacidad de datos personales**

"Los datos personales recolectados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de las tarjetas que proporciona el CRI Municipal, el cual tiene su fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSAQ-2012, del expediente oficial, Manual de operaciones de las unidades básicas de rehabilitación, Manual de procedimiento de unidades básicas de rehabilitación, Manual de acreditación y organización, Cuyo finalidad es brindar terapia, las que podrán ser beneficiarias de manera interna al mismo sistema, terapéutica y de manera externa a las autoridades judiciales que requieren de información en el ámbito de su competencia y al mismo sistema, además de las transmisiones previstas en el artículo 13 y el CAPÍTULO IV DEL TÍTULO SEGUNDO de la Ley de protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Los datos mencionados son un ITI con fines de atención al servicio de atención, por lo que se entregará a las autoridades y la Intendencia de las mismas personas que se les otorga el servicio en las instalaciones del centro. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser cedidos ni su consentimiento expreso, según las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es el CRI a través de la Jefe de la Coordinación. El Tular de los datos o su representante legal podrá ejercer los derechos de acceso, actualización, cancelación o oposición al tratamiento de sus datos personales ante la Unidad administrativa de Transparencia y Acceso a la Información ubicada en Plaza de Armas #1 Col. Centro de este Ciudad de Atlixco, Puebla."

HOJA DE REVALORACION

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NO. DE EXP. \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

OCCUPACION: \_\_\_\_\_ SERVICIO MEDICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO AL CRI: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente me comprometo a cumplir cada uno de los puntos contenidos en el reglamento.

**El Centro de Rehabilitación Integral**, es una institución que contamos con lo siguiente: Terapia física, ocupacional, lenguaje, equinoterapia, psicológica, nutrición y Médicos especialistas.

Le informamos los **LINEAMIENTOS** a seguir:

1. Una vez que el paciente ingresa a esta Institución debe presentarse con el material requerido, deberá comportarse de forma respetuosa al igual que sus familiares con el personal de la institución.
2. Solo podrá tener dos faltas durante su tratamiento, de lo contrario perderá su horario de terapia. En caso de perder su lugar podrá reintegrarse 6 meses después. Previa revaloración médica por médico especialista.
3. En caso de enfermedad o consultas médicas deberá presentar el justificante correspondiente.
4. Tener presente el día de su consulta para su revaloración médica, de lo contrario se le suspenderá su terapia hasta nueva valoración médica.
5. Presentarse en el horario indicado, con higiene y material necesario para su tratamiento, solo tiene **5 min. de tolerancia**.
6. Deberá presentarse a la terapia acompañado de un familiar mayor de edad. Solo aplica en pacientes de tercera edad y niños. El familiar no deberá ausentarse durante el tratamiento del paciente.
7. Paciente que acude a otro servicio para su tratamiento de rehabilitación, será bajo su propia responsabilidad y automáticamente se dará de alta por deserción de este servicio.
8. Agendar y pagar su próxima consulta por lo menos 15 días antes de la fecha indicada en su carnet.
9. Asistir a las pláticas y talleres programados en la institución.
10. Se prohíbe tomar fotografías o video durante su tratamiento.

Por medio de la presente me comprometo a cumplir cada uno de los puntos contenidos en los lineamientos.

FIRMAS DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FAMILIAR



Miguel Hidalgo S/N Col. El Carmen C.P/74280 Tel. 44 6 21 34



## CARTA RESPONSIVA

El/La que suscribe C. \_\_\_\_\_ certifico que:

- a) En caso de asistir a otro servicio particular de rehabilitación o tratamiento alternativo (fisioterapia privada, huesero, brujo, camas chinas, quiropráctico, etc.), o bien esoterismo
- b) No acatar las indicaciones del terapeuta dentro de las sesiones prescritas por el Médico Especialista, y/o Psicólogo, mismas que puedan agravar mi condición física o estado de salud.

Estoy consciente de los riesgos y consecuencias que esto implique, así como de los posibles riesgos o problemas que alteren mi estado físico y de salud, asumiendo personalmente cualquier consecuencia de enfermedad por la toma de mi decisión.

Deslindo de toda responsabilidad civil, laboral y penal al Centro de Rehabilitación Integral de Atlixco, al Sistema Municipal DIF de Atlixco, al médico especialista en Medicina de Rehabilitación del Centro y al terapeuta a cargo de mi tratamiento de cualquier anomalía o problema derivado de lo anteriormente citado.

Me comprometo también a cumplir en tiempo y forma a presentar los estudios de gabinete (Rayos X, ultrasonido, resonancia magnética etc.), otra valoración médica especializada solicitada, laboratorios así como cualquier material o aditamento solicitado por el médico especialista en Medicina de Rehabilitación de ésta institución (silla de ruedas o modificaciones de la misma, prótesis, plantillas, faja, férulas, etc.) necesarios para normar la conducta terapéutica del tratamiento; en el entendido que de no ser así, estoy consciente de que esto puede implicar una evolución estacionaria.

Atlixco, Puebla, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_



CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DEL MUNICIPIO DE ATLIXCO.

**NOTA DE CONSULTA DE PSIQUIATRIA**

**Aviso de privacidad de datos personales**

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en Sistema de Datos personales de la consulta de Psiquiatría que proporciona el CRI Municipal, el cual tienen su fundamento en la Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, Manual de operaciones de las unidades básicas de rehabilitación, Manual de procedimiento de unidades básicas de rehabilitación, Manual de procedimiento y organización. Cuya finalidad de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y habilitar a las personas con trastornos mentales, los que podrán ser transmitidos de manera interna al médico tratante, psicoterapeuta y de manera externa a las autoridades judiciales que requieran la información en el ámbito de su competencia y al mismo paciente, además de las transmisiones previstas en el artículo 10 y el CAPITULO IV DEL TITULO SEGUNDO de la Ley de protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Los datos marcados con un (\*) son obligatorios para proporcionar el servicio de consulta de psiquiatría, por lo que la negativa a otorgarlos o la inexactitud de los mismos provocara que no se otorgue el servicio en las instalaciones del centro. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es el CRI a través de la Jefa de la Coordinación. El Titular de los datos o su representante legal podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales ante la Unidad administrativa de Transparencia y Acceso a la Información ubicado en Plaza de Armas #1 Col. Centro de esta Ciudad de Atlixco, Puebla."

\*NOMBRE DEL PACIENTE:

\*SEXO:

\*EDAD:

\*ESTADO CIVIL

\*ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:



\*ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

\*DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

\*FIRMA DEL MÉDICO:

\*FIRMA DEL PACIENTE:



## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

### AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en Sistema de Datos personales de las terapias que proporciona el CRI Municipal, el cual tienen su fundamento en la Norma oficial mexicana NOM-204-SSA3-2012, del expediente 01/03, Manual de operaciones de las unidades básicas de rehabilitación, Manual de procedimiento de unidades básicas de rehabilitación, Manual de procedimiento y organización. Cuya finalidad es brindar terapias, los que podrán ser transmitidos de manera interna al médico tratante, terapeutas y de manera externa a las autoridades judiciales que requieran la información en el ámbito de su competencia y al mismo paciente, además de las transmisiones previstas en el artículo 19 y el CAPITULO IV DEL TITULO SEGUNDO de la Ley de protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Los datos marcados con un (\*) son obligatorios para proporcionar el servicio de terapias, por lo que la negativa a responderlos a la intensidad de los mismos provocará que no se otorgue el servicio en las instalaciones del centro. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es el CRI a través de la Jefa de la Coordinación. El Titular de los datos o su representante legal podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación o oposición al tratamiento de sus datos personales ante la Unidad administrativa de Transparencia y Acceso a la Información ubicada en Plaza de Armas 11 Col. Centro de esta Ciudad de Atlixco, Puebla."

FECHA: \_\_\_\_\_ TRABAJADORA SOCIAL: \_\_\_\_\_ EXP. NUM. \_\_\_\_\_ NIVEL SOC. \_\_\_\_\_

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 PARENTESCO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 DERECHOHABIENTE DE:    I.M.S.S. ( )    I.S.S.S.T.E. ( )    OTRO: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 C.U.R.P. \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO: \_\_\_\_\_





### **CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR EL SERVICIO DE EQUINOTERAPIA**

Manifiesto que el Sistema Municipal DIF Atlixco, a través de la Jefatura de Coordinación del Centro de Rehabilitación Integral nos ha dado a conocer los posibles riesgos que puedan ocurrir durante las sesiones de Equinoterapia, por lo que consientes de esta información otorgamos nuestro consentimiento para que mi hijo (a) \_\_\_\_\_

participe en el programa de Equinoterapia. Me comprometo al pago de los gastos médicos en caso de un accidente y deslindo de todo tipo de responsabilidad al Sistema Municipal DIF Atlixco, al Hípico y personal profesional involucrado en la realización de las sesiones.

Padre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## JEFATURA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

### III.g Procedimiento de Registro de posibles beneficiarios a programas alimenticios

#### III.g.1 Objetivo

Proporcionar apoyo alimentario a las personas que pertenezcan a grupos vulnerables, canalizándolos a los programas existentes dentro de la dependencia.

#### III.g.2 Fundamento legal

Reglas de operación de los programas:

- Apoyo alimentario a adultos mayores
- Apoyo alimentario a personas con discapacidad
- Apoyo alimentario a mujeres embarazadas en periodo de lactancia y/o con hijos menores de dos años
- Rescate nutricional
- Iniciando una correcta nutrición
- Apoyo alimentario a niñas, niños, adolescentes y adultos que padecen cáncer

#### III.g.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.g.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Ingresar solicitud de apoyo alimentario	N/A	Beneficiario
2	Verificar los criterios de las reglas de operación con el perfil del posible beneficiario.  ¿Cumple con los lineamientos?  Si: se continúa en el paso 3	Reglas de operación de acuerdo al programa que se solicita.	DIF Municipal



	No: concluye el trámite		
3	Registro del posible beneficiario.	N/A	DIF Municipal
4	Verificar disponibilidad de espacios para ser acreedor al programa ¿Hay disponibilidad?  Si: continua en el paso 6  No: continua en el paso 5	Padrón de beneficiarios	Jefe de Asistencia Alimentaria
5	Archivar registro en lista de espera (en caso de que no exista disponibilidad).	N/A	DIF Municipal
6	Solicitar documentación según las Reglas de Operación del programa (en caso de que exista disponibilidad).	N/A	DIF Municipal
7	Comprobar documentación y requisitos.  ¿Cumple?  Si: continua en el paso 9  No: continua en el paso 8	N/A	DIF Municipal
8	En caso de existir anomalías estas deberán subsanarse por el beneficiario.	N/A	Beneficiario
9	Registrar al posible beneficiario en los	Formatos oficiales de	DIF Municipal



	formatos oficiales del programa.	registro (según el programa)	
10	Formar expediente del beneficiario.	N/A	DIF Municipal
11	Enviar expediente a DIF estatal, para ser aprobado por dicha instancia, ya que ellos determinan si es acreedor a ingresar al programa o no.	Oficio	DIF Municipal
12	Entregar apoyo alimentario (en caso de no existir observaciones por parte de DIF estatal).	Listado de Beneficiarios (proporcionado por DIF Estatal)	Jefe de Asistencia Alimentaria
13	Fin del procedimiento	N/A	N/A





### III.g.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Formatos de registro de los programas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo alimentario a adultos mayores.</li> <li>• Apoyo alimentario a personas con discapacidad.</li> <li>• Apoyo alimentario a mujeres embarazadas en periodo de lactancia y/o con hijos menores de dos años.</li> <li>• Rescate nutricional.</li> <li>• Iniciando una correcta nutrición.</li> <li>• Apoyo alimentario a niñas, niños, adolescentes y adultos que padecen cáncer.</li> </ul>	Delegación estatal DIF

### III.h Procedimiento de Elaboración de tarjetas INAPAM

#### III.h.1 Objetivo

Realizar tarjetas de INAPAM para las personas adulto mayor que la soliciten y radiquen en el municipio de Atlixco, con el objetivo de **proteger la economía de las personas adultas mayores.**

#### III.h.2 Fundamento legal

- Reglas de operación de los programas

#### III.h.3 Tiempo de gestión

15 minutos.

#### III.h.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Solicita afiliación al INAPAM	N/A	Solicitante



2	<p>Verificar que el solicitante cuente con los requisitos solicitados.</p> <p>¿Cumple con los requisitos?</p> <p>Si: procede al paso 3</p> <p>No: requiere al solicitante subsane los requisitos con los que no cumple</p>	<p>* Tener 60 años cumplidos y ser del municipio de Atlixco.</p> <p>* Llevar una identificación oficial en original y copia, la cual puede ser INE, pasaporte, Credencial del IMSS o ISSSTE o licencia de manejo.</p> <p>* CURP actualizado copia</p> <p>* Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad, puede ser recibo de agua, luz, predial.</p> <p>* Dos fotografías tamaño infantil a color o en blanco y negro, en papel mate con ropa clara.</p>	DIF Municipal
3	<p>¿Subsana inconsistencias?</p> <p>Si: continua con el paso 3</p> <p>No: finaliza el procedimiento</p>	N/A	Solicitante

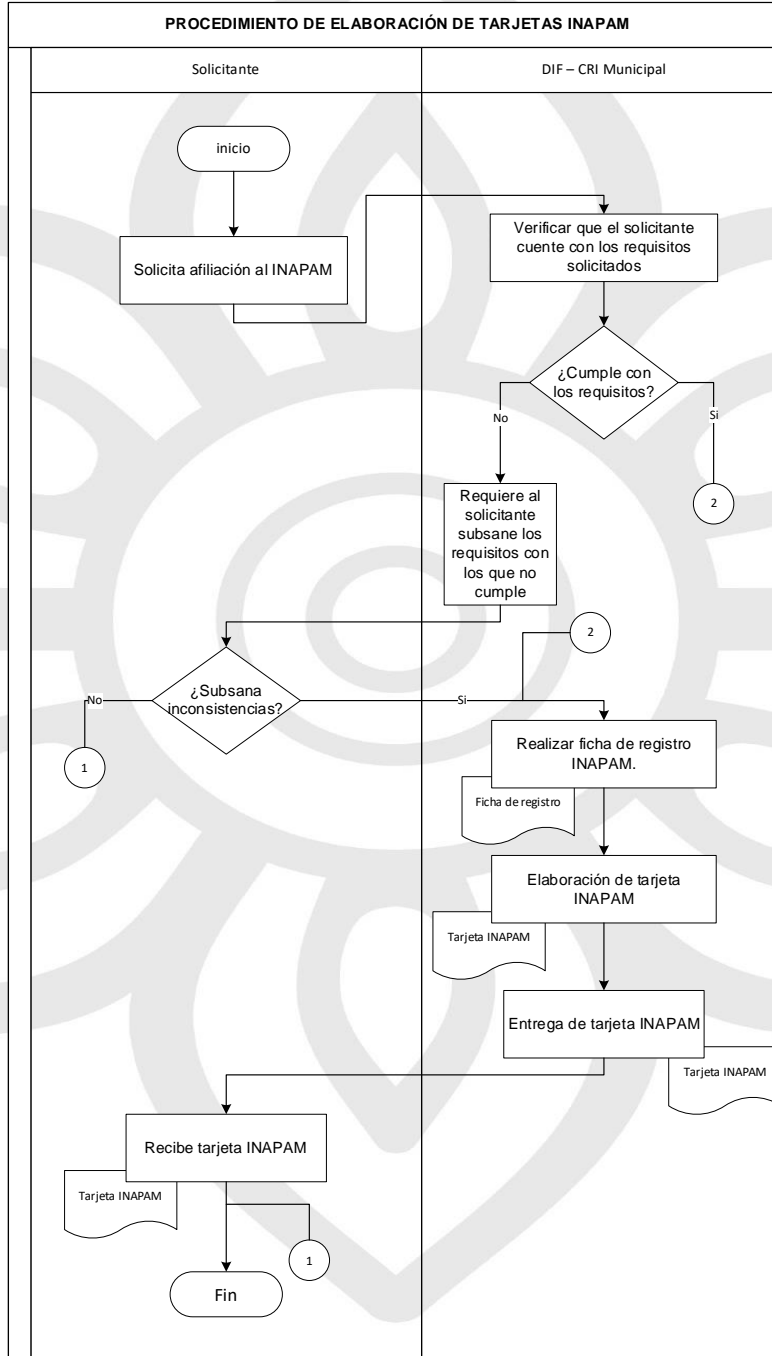


4	Realizar ficha de registro INAPAM.	Ficha de registro	DIF Municipal
5	Elaboración de tarjeta INAPAM	Tarjeta INAPAM	DIF Municipal
6	Entrega de tarjeta INAPAM	Tarjeta	DIF Municipal
7	Recibe tarjeta INAPAM	tarjeta	Solicitante
8	Fin del procedimiento	N/A	N/A





### III.h.5 Diagrama de flujo





### III.h.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Ficha de registro INAPAM.	Base de datos que se entrega al departamento de afiliación del INAPAM
Tarjeta INAPAM	N/A

### III.h.7 Presentación de formatos aplicables

 **BIENESTAR**  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

 **INAPAM**  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES

SECCIÓN DE FORTALECIMIENTO Y OPERACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS  
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

FO-DFOPP-03-02

Fecha de elaboración: dd / mm / aaaa       H    M      Sexo      Folio de la Tarjeta       NVA.    REPO.      Expedición

Datos de la persona mayor  
Tarjetas que se otorgan en el documento probatorio

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa      Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Estado civil:       Soltera (a)       Casada (a)      Núm. Telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_      Calle y número      C.P. \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_      Alcaldía o municipio: \_\_\_\_\_

Entidad federativa: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_      Núm. Telefónico: \_\_\_\_\_  
Nombre



**BIENESTAR** SECRETARÍA DE BIENESTAR | **INAPAM** INSTITUTO ATLIXCO DE SERVICIOS SOCIALES

Para afiliación presento:

INE	Marca X	Foto
Licencia de manejo		
Pasaporte vigente		
Cartilla Militar		
Cédula Profesional		
Credencial /Carnet (MSS, ISSSTE, PEMEX)		
Otro		

Los datos personales serán evaluados y protegidos con fundamento en los artículos 6, fracción II y 28, VI, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXIII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 25 y 22 fracciones I, II, III y V.

Dejo protesta de decir verdad, señalo que los documentos exhibidos en el trámite de afiliación para obtener la credencial INAPAM son legítimos y expedidos a mi favor por las autoridades correspondientes. En caso contrario me haré acreedor a las sanciones señaladas en el artículo 243 del Código Penal Federal.

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad (persona mayor)

(solo en caso de no estar representado)

\_\_\_\_\_ Firma de conformidad (representante)      \_\_\_\_\_ Pareceres de la persona mayor

Motivo de afiliación: \_\_\_\_\_      Nombre completo y firma del Servidor Público que realizó la afiliación \_\_\_\_\_

Deje protesta de decir verdad que corrobora los documentos exhibidos para otorgarse membresía, edad, domicilio y firma de la persona mayor solicitante y de su caso familiar y acudir a corte orden del registro.

**BIENESTAR** SECRETARÍA DE BIENESTAR | **INAPAM** INSTITUTO ATLIXCO DE SERVICIOS SOCIALES

**CREDECIAL INAPAM**

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de afiliación: \_\_\_\_\_

En caso de accidente avisar a: \_\_\_\_\_

Huella

*Jorge Alberto Valencia Sandoval*  
Lic. Jorge Alberto Valencia Sandoval  
Encargado de Despacho de la Dirección General  
Con fundamento en el Art. 45 del Estatuto Orgánico del INAPAM

Firma

Este documento es intransferible, no es válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Folio: **A-**

www.gob.mx/inapam



### III.i Procedimiento de Inscripción a cursos de CECADE

#### III.i.1 Objetivo

Realizar el proceso para el alta de las personas interesadas a los diferentes cursos que oferta el módulo de CECADE que se encuentra en el DIF municipal, a efecto de brindarles herramientas necesarias para su desarrollo personal.

#### III.i.2 Fundamento legal

- Reglas de operación de los programas:

#### III.i.3 Tiempo de gestión

La inscripción al curso es inmediata.

#### III.i.4 Descripción del procedimiento

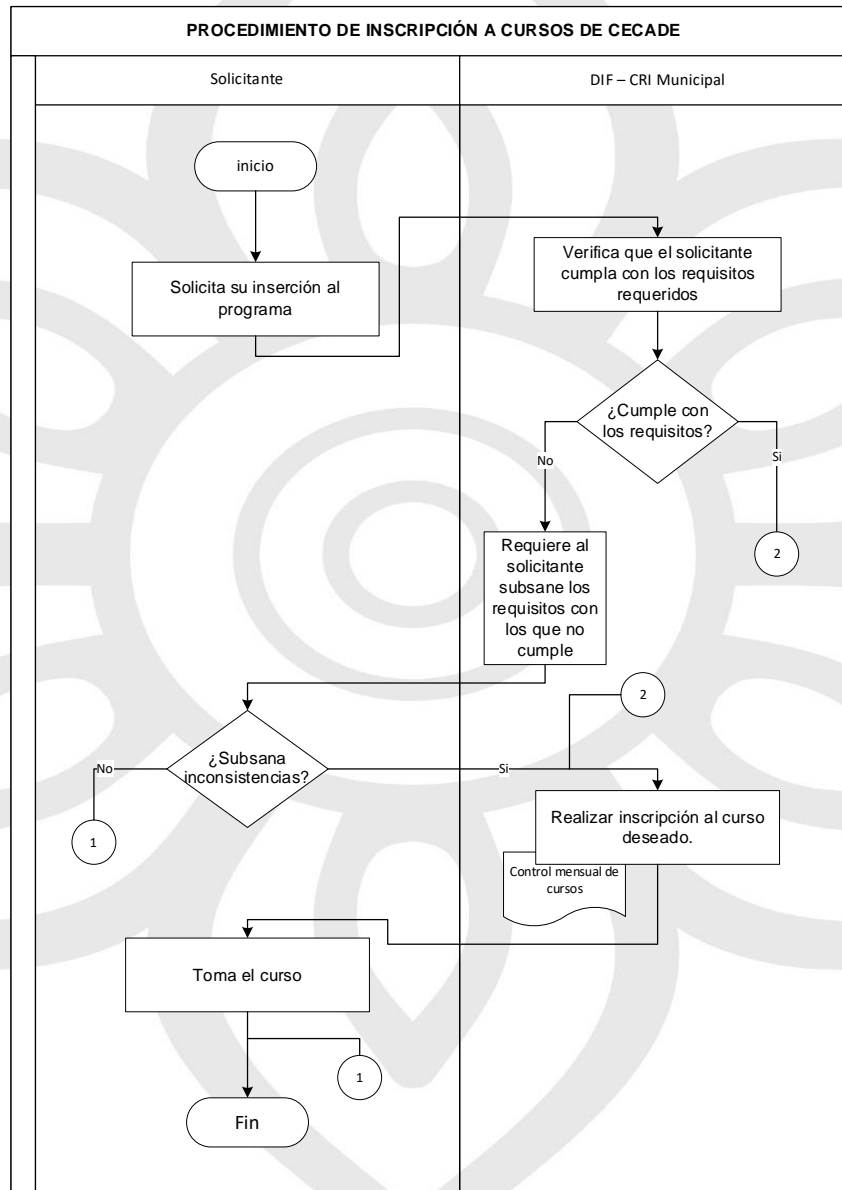
No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Solicita su inserción al programa	N/A	Solicitante
2	<p>Verifica que el solicitante cumpla con los requisitos requeridos.</p> <p>¿Cumple con los requisitos?</p> <p>Si: procede al paso 4</p> <p>No: requiere al solicitante subsane los requisitos con los que no cumple</p>	<p>Llevar una identificación oficial en original y copia, la cual puede ser INE, pasaporte, Credencial del IMSS o ISSSTE o licencia de manejo.</p> <p>* Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad, puede ser recibo de agua, luz, predial.</p>	DIF Municipal
3	<p>¿Subsana inconsistencias?</p> <p>Si: continua con el paso 4</p>	N/A	Solicitante



	No: finaliza el procedimiento		
4	Realizar inscripción al curso deseado.	Control mensual de cursos	DIF Municipal
5	Toma el curso	N/A	Solicitante
6	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.i.5 Diagrama de flujo



### III.i.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Formatos de registro de los programas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte mensual de cursos CECADE</li> </ul>	N/A





### III.j Procedimiento de Inscripción a estancia de día

#### III.j.1 Objetivo

La impartición de talleres a las personas del municipio de Atlixco que estén interesados en adquirir conocimientos y habilidades para el autoempleo.

#### III.j.2 Fundamento legal

- Reglas de operación de los programas:

#### III.j.3 Tiempo de gestión

La inscripción al programa es inmediata.

#### III.j.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Solicita ingresar a alguno de los talleres	N/A	Solicitante
2	<p>Verifica que el solicitante cumpla con los requisitos requeridos.</p> <p>¿Cumple con los requisitos?</p> <p>Si: procede al paso 4</p> <p>No: requiere al solicitante subsane los requisitos con los que no cumple</p>	<p>* Tener 60 años cumplidos y ser del municipio de Atlixco.</p> <p>* Acta de Nacimiento original y copia</p> <p>* CURP actualizado copia</p> <p>* Llevar una identificación oficial en original y copia, la cual puede ser INE, pasaporte, Credencial del IMSS o ISSSTE o licencia de manejo.</p>	DIF Municipal

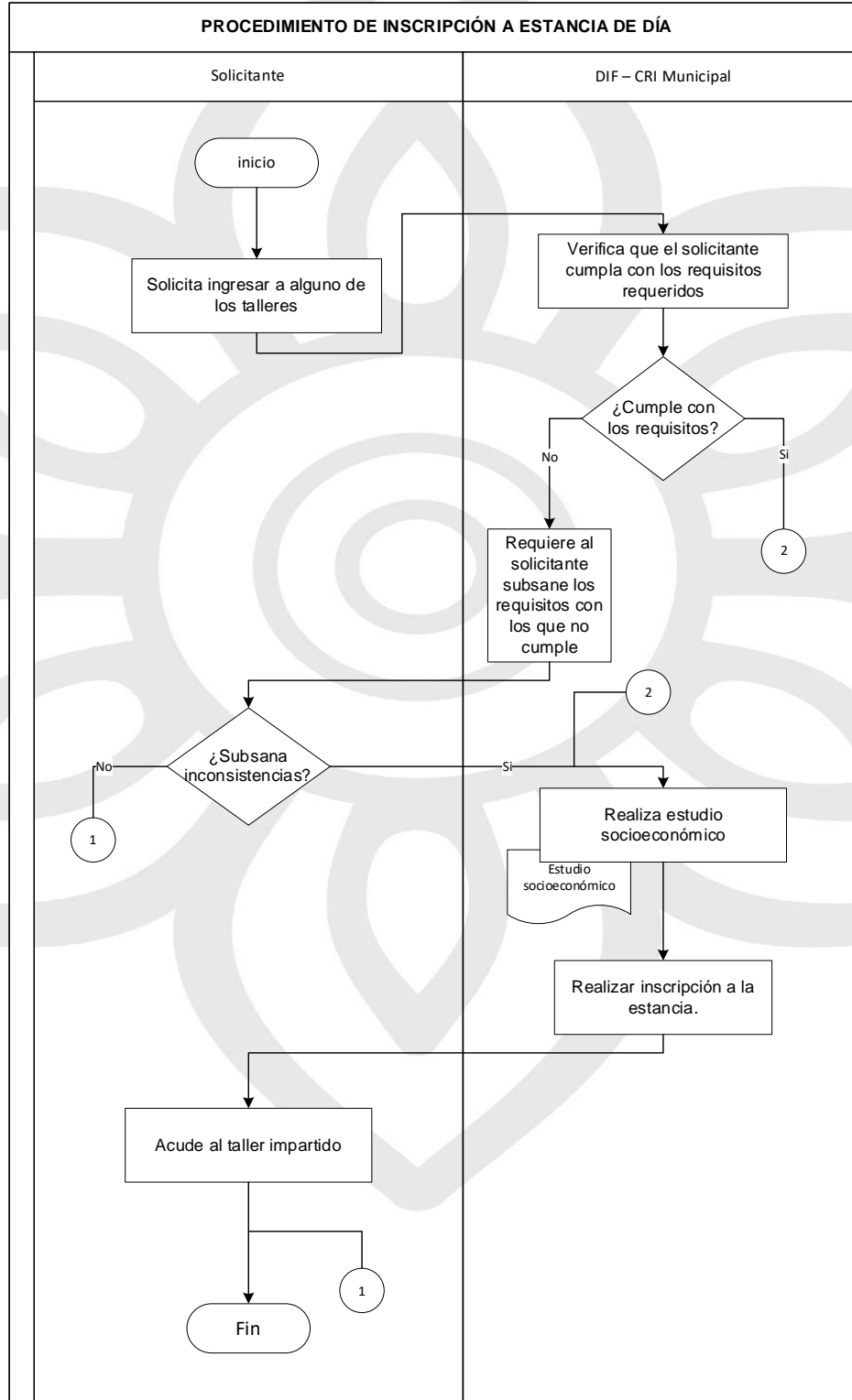




		* Comprobante de domicilio original y copia no mayor a tres meses de antigüedad, puede ser recibo de agua, luz, predial.  * Credencial de INAPAM.	
3	¿Subsana inconsistencias?  Si: continua con el paso 4  No: finaliza el procedimiento	N/A	Solicitante
4	Realiza estudio socioeconómico	Estudio socioeconómico	DIF Municipal
5	Realizar inscripción a la estancia.	N/A	DIF Municipal
6	Acude al taller impartido	N/A	Solicitante
7	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.j.5 Diagrama de flujo







### III.j.6 Formatos aplicables

Título	Observación
Formatos de registro de los programas: <ul style="list-style-type: none"><li>Estudio Socioeconómico</li></ul>	N/A

### III.j.7 Presentación de formatos aplicables



**ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO**

SITUACION ECONOMICA:  
CUANTAS PERSONAS APORTAN DINERO AL HOGAR \_\_\_\_\_ TOTAL INGRESOS: \$ \_\_\_\_\_  
GASTOS MENSUALES  
ALIMENTACION: \_\_\_\_\_ GAS: \_\_\_\_\_ LUZ: \_\_\_\_\_ RENTA: \_\_\_\_\_  
TRANSPORTE: \_\_\_\_\_ ROPA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DIVERSIONES: \_\_\_\_\_  
(OTRO) ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
ACUDE A LA ESTANCIA DE DIA POR:  
TALLERES ( ) ALIMENTACION ( ) DISTRACCION ( ) OTRO: \_\_\_\_\_

VIVIENDA  
LA ZONA DONDE SE LOCALIZA ES:  
URBANA ( ) SUBURBANA ( ) RURAL ( )  
TIPO DE VIVIENDA:  
CASA SOLA ( ) CONDOMINIO ( ) DEPARTAMENTO ( ) CUARTO RENTADO ( )  
VECINDAD ( ) CUARTO PRESTADO ( ) CUARTO COMPARTIDO EN CASA DE FAMILIAR ( )  
OTRO ( ) ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
LA VIVIENDA ES: PROPIA ( ) RENTADA ( ) PRESTADA ( ) COMPARTIDA ( )  
CUENTA CON SERVICIOS DE: AGUA ( ) LUZ ( ) DRENAJE ( ) GAS ( ) OTROS ( )  
NÚMEROS DE CUARTOS EN LA VIVIENDA  
UNO ( ) DOS ( ) MAS DE TRES ( )  
NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN POR CUARTO  
UNA ( ) DOS ( ) TRES ( ) CUATRO ( ) CINCO ( ) MAS DE CINCO ( )  
LA VIVIENDA CUENTA CON COCINA: (SI) (NO)  
LA VIVIENDA CUENTA CON BAÑO PROPIO: (SI) (NO)  
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA, ES DE:  
TABIQUE ( ) MADERA ( ) ADOBE ( )  
EL PISO DE LA VIVIENDA ES DE: TIERRA ( ) CEMENTO ( ) MOSAICO ( ) OTRO ( )  
¿COMO SE ENTERÓ DE LA ESTANCIA DE DIA Y LOS SERVICIOS QUE OTORGA?  
CARTEL ( ) VOLANTE ( ) VECINO ( ) FAMILIAR ( ) OTRO ( )  
ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

ANOTACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REALIZÓ ESTUDIO: (NOMBRE, CARGO, FIRMA)



## JEFATURA DE ATENCIÓN A GRUPOS VULNERABLES

### III.k Procedimiento de Apoyo aparatos ortopédicos y/o auditivos

#### III.k.1 Objetivo

Auxiliar a la ciudadanía que cuenta con alguna capacidad diferente, proporcionándoles aparatos ortopédicos y/o auditivos, mismos que le proporcionen una mejor calidad de vida.

#### III.k.2 Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

#### III.k.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.k.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Al solicitante, le son indicados los requisitos a cubrir de apoyo para la gestión del apoyo	Hoja de requisitos	Jefatura de Grupos Vulnerables
2	Realiza solicitud de apoyo, aparato ortopédico y/o equipo auditivo	Escrito de solicitud	Solicitante
3	Entrega de documentación solicitada	Oficio de solicitud CURP INE Comprobante de domicilio	Solicitante



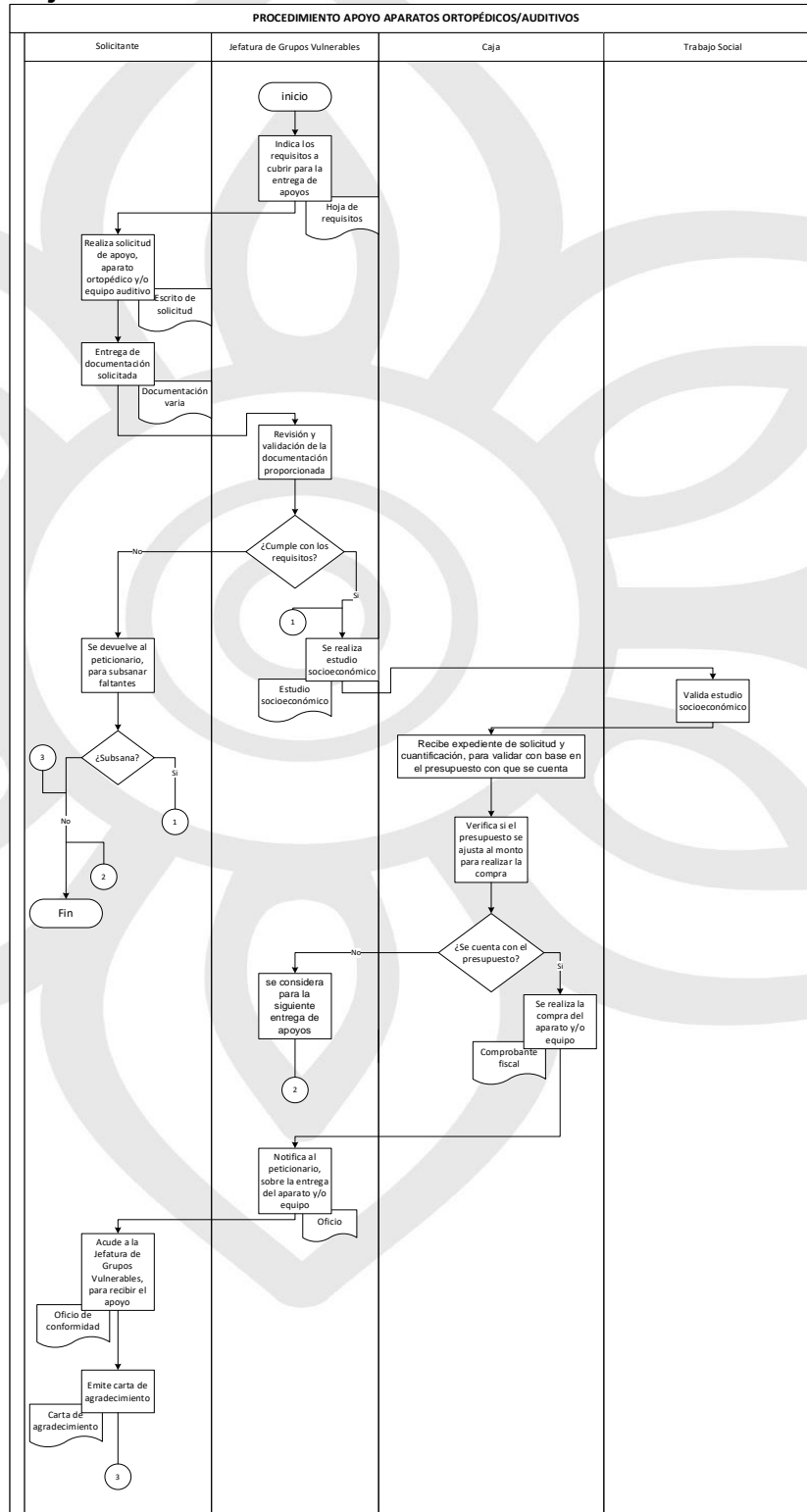
		Acta de nacimiento (en caso de ser menor de edad, solamente) Constancia o Dictamen Médico	
4	Se procede a la revisión de documentos para gestión de apoyo	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables
5	En caso de no cumplir con alguno de los requisitos por parte del solicitante, se devuelve la documentación al solicitante para subsanar.	N/A	Solicitante
6	Una vez subsanada la deficiencia, se realiza estudio socioeconómico del solicitante	Estudio socio económico	Jefatura de Grupos Vulnerables
7	Se valida el estudio socio económico realizado	Estudio socio económico	Trabajo Social
8	Recibe expediente de solicitud y cuantificación, para validar con base en el presupuesto con que se cuenta y se pasa a caja del DIF Municipal	N/A	Caja
9	En caso de no autorizarse por no contar con el presupuesto, se considera para la	Solicitud	Jefatura de Grupos Vulnerables



	siguiente entrega de apoyos		
10	De autorizarse la compra del aparato, se realiza la misma	Comprobante fiscal	Caja
11	Se notifica al peticionario, sobre la entrega del aparato y/o equipo adquirido	Vía telefónica o presencial	Jefatura de Grupos Vulnerables
12	Acude a Palacio Municipal, para recibir el apoyo en fecha indicada por la Dirección del DIF	Oficio recibo de conformidad	Solicitante
13	Emite carta de agradecimiento	Carta de agradecimiento	Solicitante
14	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.k.5 Diagrama de flujo





### III.k.6 Listado de formatos aplicables

Título	Observación
Hoja de requisitos	N/A
Estudio socioeconómico	N/A
Oficio (es vía telefónica o presencial)	N/A

### III.k.7 Presentación de formatos aplicables

**REQUISITOS PARA APOYO**

- OFICIO DE SOLICITUD DE APOYO (dirigido al Lic. Raúl Guerrero González, presidente del DIF Municipal)
- CURP
- INE
- COMPROBANTE DE DOMICILIO (luz reciente no mayor a 3 meses)
- ACTA DE NACIMIENTO (si el beneficiario es menor de edad)
- CONSTANCIA MEDICA O DICTAMEN MEDICO (discapacidad, enfermedad,)





**DIF ATLIXCO** | AYUNTAMIENTO CON EL COBAZON | www.atlixco.gob.mx

### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

ECHS: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escribituras: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Demarcación: \_\_\_\_\_  
Motivo de estudio: \_\_\_\_\_

#### ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	PARENTESCO

<b>SERVICIO PÚBLICO</b>	<b>ABASTECIMIENTO DE AGUA</b>	<b>Zona</b>
Alumbrado ( )	Intradomiciliaria ( )	Urbana ( )
Drenaje ( )	Agua de pozo ( )	Suburbana ( )
Transporte ( )	Por acancho ( )	Rural ( )
Vigilancia ( )	Pipa a domicilio ( )	
Servicio de limpieza ( )		

<b>TECHO</b>	<b>PAREDES</b>	<b>PISO</b>
Culada ( )	Ladrillo ( )	Loseta ( )
Vigas ( )	Azobe ( )	Cemento ( )
Teja ( )	Block ( )	Tierra ( )
Lámina ( )	Piedra ( )	

#### SITUACIÓN DE CORRESPONDENCIA A LA VIVIENDA

Propia con escrituras ( )      Rentada ( )      Inalquilada ( )  
Otro: \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE LA VIVIENDA: Buena ( )      Mala ( )      Regular ( )

DISTRIBUCIÓN DE VIVIENDA: \_\_\_\_\_

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS: Inodoro ( )      Letrina ( )      Fosa séptica ( )      Fecolutorio ( )

MEDIO DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

A pie ( )    Auto propio ( )    Motocicleta ( )    Carro ( )    Autobús ( )    Otro: \_\_\_\_\_

SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTA O A LOS QUE ASISTE:  
IMSS ( )    ISSSTE ( )    INSSAT ( )    INSADEF ( )    Otros: \_\_\_\_\_

Calle 11 Norte 1201, Salazar Chico, Atlixco, Puebla. Tel. 244 44 50 82 y 244 44 51 91



Atlixco, Puebla a 28 de julio del 2022

ASUNTO: CARTA DE AGRADECIMIENTO

LIC. RAÚL GUERRERO GONZALEZ  
PRESIDENTE DEL DIF MUNICIPAL  
ATLIXCO, PUEBLA  
PRESENTE:

Por este medio quiero expresar mi más profundo agradecimiento por brindarme la donación de bastón de apoyo que me será de gran apoyo para la C. [REDACTED] ya que le facilitará poder trasladarse.

Aprecio la paciencia, esmero y dedicación que ha tenido con los ciudadanos Atlixquenses y estoy seguro de que su desempeño como presidente del DIF Municipal siempre tendrá la excelencia mostrada a los Ciudadanos, por lo que le reitero nuevamente mi agradecimiento por el apoyo antes mencionado.

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]



### III.I Procedimiento de Apoyo medicamentos

#### III.I.1 Objetivo

Auxiliar a la ciudadanía que cuenta con alguna enfermedad, proporcionándoles medicamentos que ayuden en su mejora y recuperación.

#### III.I.2 Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

#### III.I.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.I.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Le son indicados los requisitos a cubrir para la gestión del apoyo	Hoja de requisitos	Jefatura de Grupos Vulnerables
2	Se recibe solicitud del peticionario	Escrito de solicitud	Peticionario
3	Entrega de documentación solicitada	Oficio de solicitud CURP INE Comprobante de domicilio Acta de nacimiento (en caso de ser menor de	Peticionario



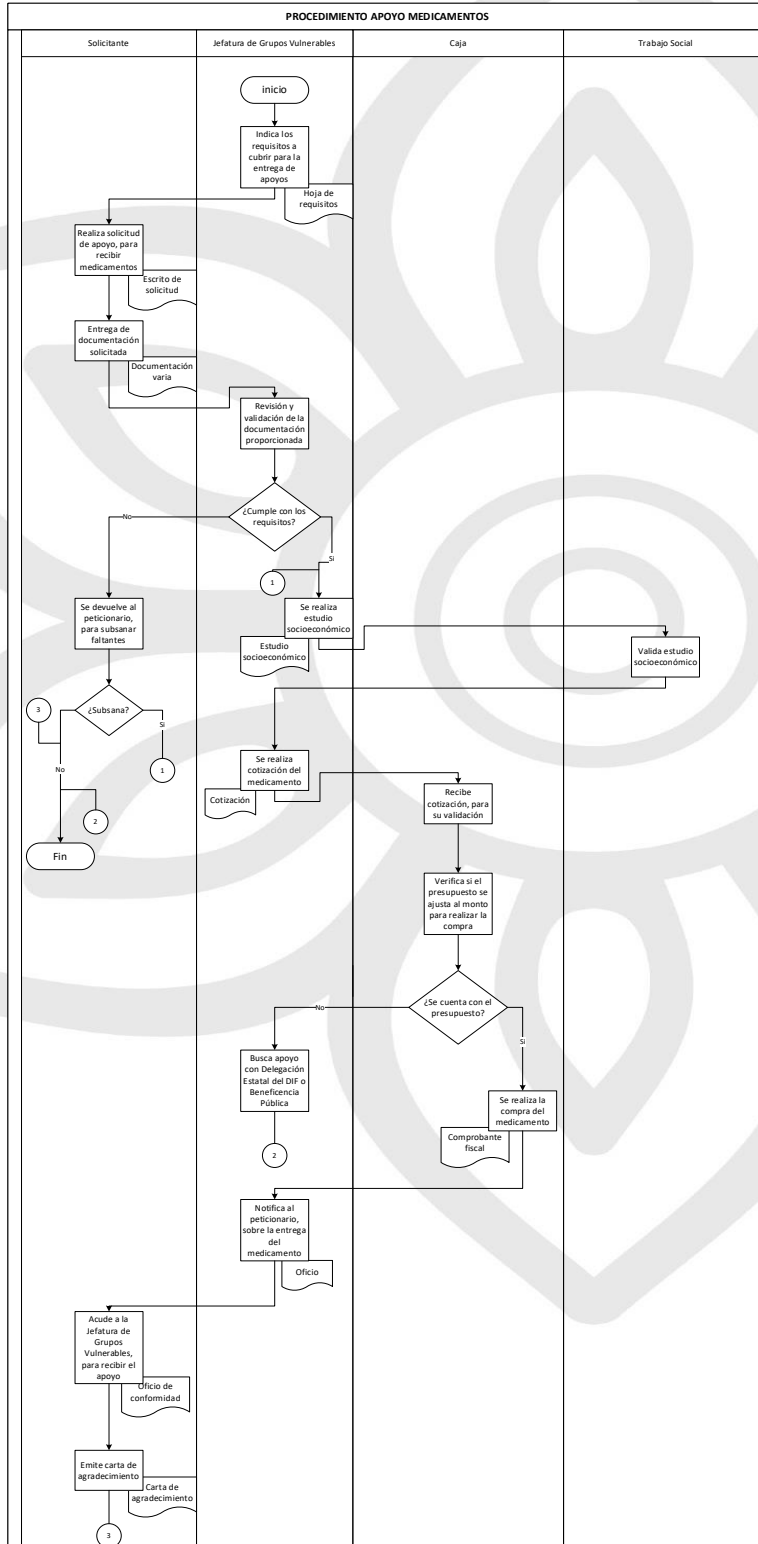
		edad, solamente) Constancia o Dictamen Médico Receta médica	
4	Revisión de documentos para gestión de apoyo	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables
5	En caso de no cumplir con alguno de los requisitos, se devuelve al peticionario para subsanar	N/A	Peticionario
6	Una vez subsanada la deficiencia, se realiza estudio socioeconómico del peticionario	Estudio socio económico	Jefatura de Grupos Vulnerables
7	Se valida el estudio socio económico realizado	Estudio socio económico	Trabajo Social
8	Si se cumplen todos los requisitos, se realiza la cotización del medicamento requerido y se pasa a caja (esta parte no va todavía)	Cotización	Jefatura de Grupos Vulnerables
9	Recibe la solicitud y cotización, para validar con base en el presupuesto con que se cuenta y se pasa a caja	N/A	Caja
10	En caso de no autorizarse por no contar con el presupuesto, se considera para la	Solicitud	Jefatura de Grupos Vulnerables



	siguiente entrega de apoyos		
11	De autorizarse la compra del medicamento, realiza la misma	Comprobante fiscal	Caja
12	Se notifica al peticionario, sobre la entrega del medicamento	Vía telefónica o presencial	Jefatura de Grupos Vulnerables
13	Acude para recibir el apoyo en fecha indicada por la Dirección del DIF	Oficio recibo de conformidad	Peticionario
14	Emite carta de agradecimiento	Carta de agradecimiento	Peticionario
15	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.1.5 Diagrama de flujo





### III.I.6 Listado de formatos aplicables

Título	Observación
Hoja de requisitos	N/A
Estudio socioeconómico	N/A
Oficio (es vía telefónica o presencial)	N/A

### III.I.7 Presentación de formatos aplicables

**REQUISITOS PARA APOYO**

- OFICIO DE SOLICITUD DE APOYO (dirigido al Lic. Raúl Guerrero González, presidente del DIF Municipal)
- CURP
- INE
- COMPROBANTE DE DOMICILIO (luz reciente no mayor a 3 meses)
- ACTA DE NACIMIENTO (si el beneficiario es menor de edad)
- CONSTANCIA MEDICA O DICTAMEN MEDICO (discapacidad, enfermedad,)



AYUNTAMIENTO CON  
EL COORDINADOR
www.atlixco.gob.mx

### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

ECOSIA: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Demarcación: \_\_\_\_\_  
 Motivo de estudio: \_\_\_\_\_

#### ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	PARENTESCO

<b>SERVICIO PÚBLICO</b>	<b>ABASTECIMIENTO DE AGUA</b>	<b>Zona</b>
Alumbrado <input type="checkbox"/>	Intradomiciliaria <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/>
Drenaje <input type="checkbox"/>	Agua de pozo <input type="checkbox"/>	Suburbana <input type="checkbox"/>
Transporte <input type="checkbox"/>	Por acancho <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>
Vigilancia <input type="checkbox"/>	Pipa a domicilio <input type="checkbox"/>	
Servicio de limpieza <input type="checkbox"/>		

<b>TECHO</b>	<b>PAREDES</b>	<b>PISO</b>
Culada <input type="checkbox"/>	Ladrillo <input type="checkbox"/>	Loseta <input type="checkbox"/>
Vigas <input type="checkbox"/>	Acóbe <input type="checkbox"/>	Cemento <input type="checkbox"/>
Teja <input type="checkbox"/>	Bock <input type="checkbox"/>	Tierra <input type="checkbox"/>
Lámina <input type="checkbox"/>	Piedra <input type="checkbox"/>	

#### SITUACIÓN DE CORRESPONDENCIA A LA VIVIENDA

Propia con escrituras  Rentada  Inalquilada

Datos: \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE LA VIVIENDA: Buena  Mala  Regular

DISTRIBUCIÓN DE VIVIENDA: \_\_\_\_\_

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS: Inodoro  Letrina  Fosa séptica  Fecalismo

MEDIO DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

A pie  Auto propio  Motocicleta  Camión  Autobús  Otro: \_\_\_\_\_

SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTA O A LOS QUE ASISTE: \_\_\_\_\_

IMSS  ISSSTE  INSSAT  INSADEF  Otros: \_\_\_\_\_

Calle 11 Norte 1201, Salazar Chico, Atlixco, Puebla. Tel. 244 44 50 82 y 244 44 51 91





Atlixco, Puebla a 28 de julio del 2022

ASUNTO: CARTA DE AGRADECIMIENTO

LIC. RAÚL GUERRERO GONZALEZ  
PRESIDENTE DEL DIF MUNICIPAL  
ATLIXCO, PUEBLA  
PRESENTE:

Por este medio quiero expresar mi más profundo agradecimiento por brindarme la donación de bastón de apoyo que me será de gran apoyo para la C. [REDACTED] ya que le facilitará poder trasladarse.

Aprecio la paciencia, esmero y dedicación que ha tenido con los ciudadanos Atlixquenses y estoy seguro de que su desempeño como presidente del DIF Municipal siempre tendrá la excelencia mostrada a los Ciudadanos, por lo que le reitero nuevamente mi agradecimiento por el apoyo antes mencionado.

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]



### III.m Procedimiento de Apoyo por gastos funerarios

#### III.m.1 Objetivo

Auxiliar a la ciudadanía que ha sufrido la pérdida de un familiar, proporcionándoles una ayuda económica, para sufragar parte del costo de los servicios funerarios.

#### III.m.2 Fundamento legal

- Ley General de Población
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

#### III.m.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.m.4 Descripción del procedimiento

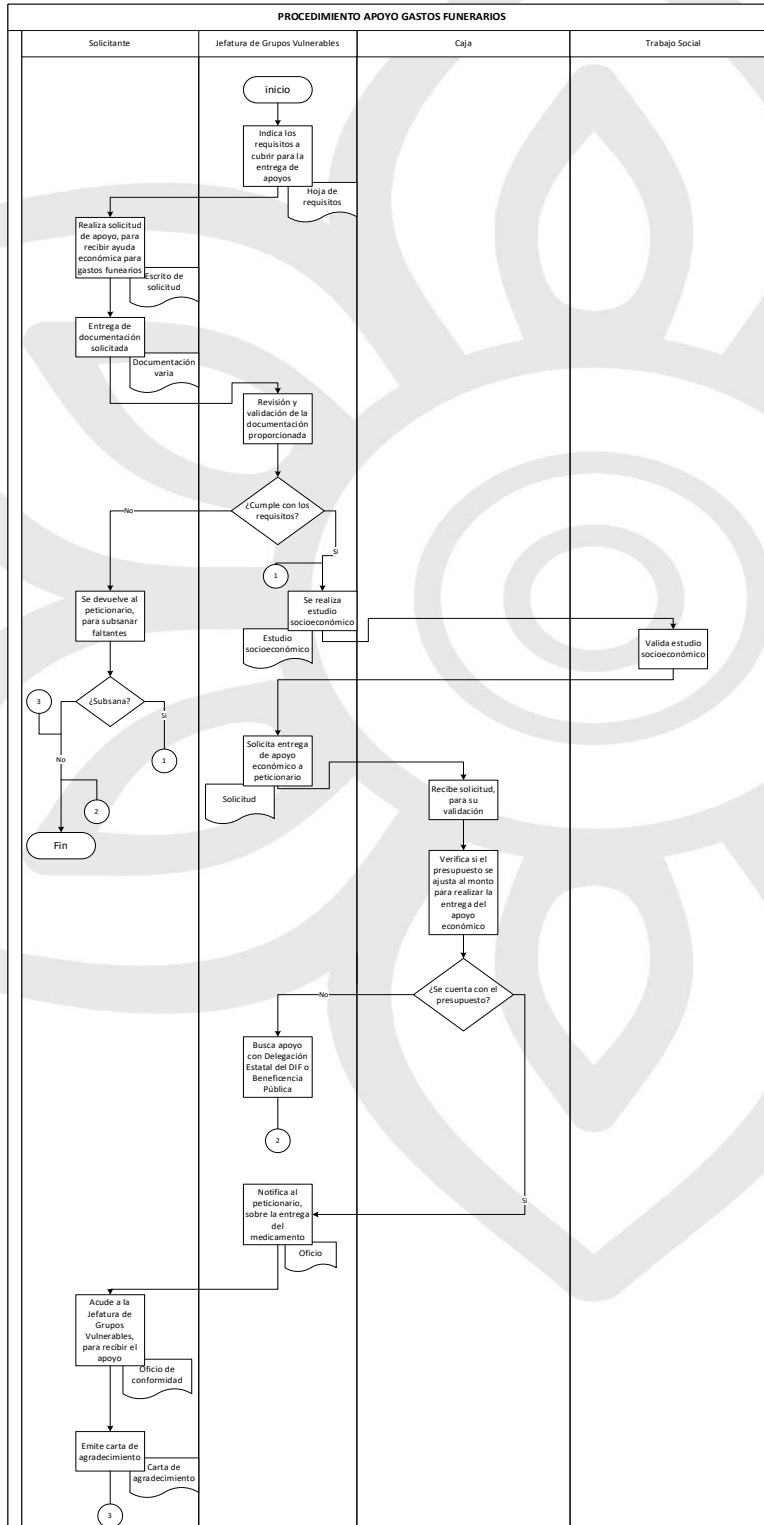
No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Le son indicados los requisitos a cubrir para la gestión del apoyo	Hoja de requisitos	Jefatura de Grupos Vulnerables
2	Se recibe solicitud del peticionario	Escrito de solicitud	Peticionario
3	Entrega de documentación solicitada	Oficio de solicitud CURP INE Comprobante de domicilio Acta de nacimiento (en caso de ser menor de edad, solamente) Acta de Defunción	Peticionario



4	Revisión de documentos para gestión de apoyo	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables
5	En caso de no cumplir con alguno de los requisitos, se devuelve al peticionario para subsanar	N/A	Peticionario
6	Una vez subsanada la deficiencia, se realiza estudio socioeconómico del peticionario	Estudio socio económico	Jefatura de Grupos Vulnerables
7	Se valida el estudio socio económico realizado	Estudio socio económico	Trabajo Social
8	Si se cumplen todos los requisitos, se solicita otorgar apoyo económico al solicitante y se pasa a caja	Solicitud	Jefatura de Grupos Vulnerables
9	Recibe la solicitud para validar con base en el presupuesto con que se cuenta	N/A	Caja
10	En caso de no autorizarse por no contar con el presupuesto, se considera para la siguiente entrega de apoyos	Solicitud	Jefatura de Grupos Vulnerables
11	Se notifica al peticionario, sobre la entrega del apoyo económico	Vía telefónica o presencial	Jefatura de Grupos Vulnerables
12	Acude a la Dirección del DIF, para recibir el apoyo	Oficio recibo de conformidad	Peticionario
13	Emite carta de agradecimiento	Carta de agradecimiento	Peticionario



### III.m.5 Diagrama de flujo





### III.m.6 Listado de formatos aplicables

Título	Observación
Hoja de requisitos	N/A
Estudio socioeconómico	N/A
Oficio (es vía telefónica o presencial)	N/A

### III.m.7 Presentación de formatos aplicables

**REQUISITOS PARA APOYO**

- OFICIO DE SOLICITUD DE APOYO (dirigido al Lic. Raúl Guerrero González, presidente del DIF Municipal)
- CURP
- INE
- COMPROBANTE DE DOMICILIO (luz reciente no mayor a 3 meses)
- ACTA DE NACIMIENTO (si el beneficiario es menor de edad)
- CONSTANCIA MEDICA O DICTAMEN MEDICO (discapacidad, enfermedad,)



AYUNTAMIENTO CON  
EL COORDINADOR
www.atlixco.gob.mx

### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Demarcación: \_\_\_\_\_  
 Motivo de estudio: \_\_\_\_\_

#### ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	PARIENTESCO

<b>SERVICIO PÚBLICO</b> Alumbrado ( ) Drenaje ( ) Transporte ( ) Vigilancia ( ) Servicio de limpieza ( )	<b>ABASTECIMIENTO DE AGUA</b> Irregularidad ( ) Agua de pozo ( ) Per acanón ( ) Fija a domicilio ( )	<b>Zona</b> Urbana ( ) Suburbana ( ) Rural ( )
<b>TECHO</b> Calado ( ) Vigas ( ) Teja ( ) Lámina ( )	<b>PAREDES</b> Ladrillo ( ) Adobe ( ) Block ( ) Piedra ( )	<b>PISO</b> Loseta ( ) Cemento ( ) Tierra ( )

#### SITUACIÓN DE CORRESPONDENCIA A LA VIVIENDA

Propia con escrituras ( )      Rentada ( )      Inalquilada ( )  
 Otros: \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE LA VIVIENDA: Buena ( )      Mala ( )      Regular ( )

DISTRIBUCIÓN DE VIVIENDA: \_\_\_\_\_

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS: Inodoro ( )      Letrina ( )      Fosa séptica ( )      Fecolunión ( )

MEDIO DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

A pie ( )    Auto propio ( )    Motocicleta ( )    Carro ( )    Autobús ( )    Otros: \_\_\_\_\_

SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTA O A LOS QUE ASISTE:  
 IMSS ( )    ISSSTE ( )    INSSAT ( )    INSADEF ( )    Otros: \_\_\_\_\_

Calle 11 Norte 1201, Salazar Chico, Atlixco, Puebla. Tel. 244 44 50 82 y 244 44 51 91



Atlixco, Puebla a 28 de julio del 2022

ASUNTO: CARTA DE AGRADECIMIENTO

LIC. RAÚL GUERRERO GONZALEZ  
PRESIDENTE DEL DIF MUNICIPAL  
ATLIXCO, PUEBLA  
PRESENTE:

Por este medio quiero expresar mi más profundo agradecimiento por brindarme la donación de bastón de apoyo que me será de gran apoyo para la C. [REDACTED] ya que le facilitará poder trasladarse.

Aprecio la paciencia, esmero y dedicación que ha tenido con los ciudadanos Atlixquenses y estoy seguro de que su desempeño como presidente del DIF Municipal siempre tendrá la excelencia mostrada a los Ciudadanos, por lo que le reitero nuevamente mi agradecimiento por el apoyo antes mencionado.

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]



### III.n Procedimiento de Impartición de talleres

#### III.n.1 Objetivo

Brindar talleres de interés, que aporten un apoyo a la ciudadanía del Municipio de Atlixco, Puebla en temas diversos, mediante la formación, capacitación o adiestramiento en varias áreas.

#### III.n.2 Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

#### III.n.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.n.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Realiza la planeación del evento	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables
2	Elaboración de convocatoria	Convocatoria	Jefatura de Grupos Vulnerables
3	Realiza la difusión de convocatoria	Convocatoria	Comunicación Social
4	Realiza la inscripción de las personas interesadas, previo al evento	Formato de inscripción	Jefatura de Grupos Vulnerables
5	Reunión General con las áreas involucradas para la logística del evento	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables
6	Supervisión de todos los puntos para la realización del evento	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables

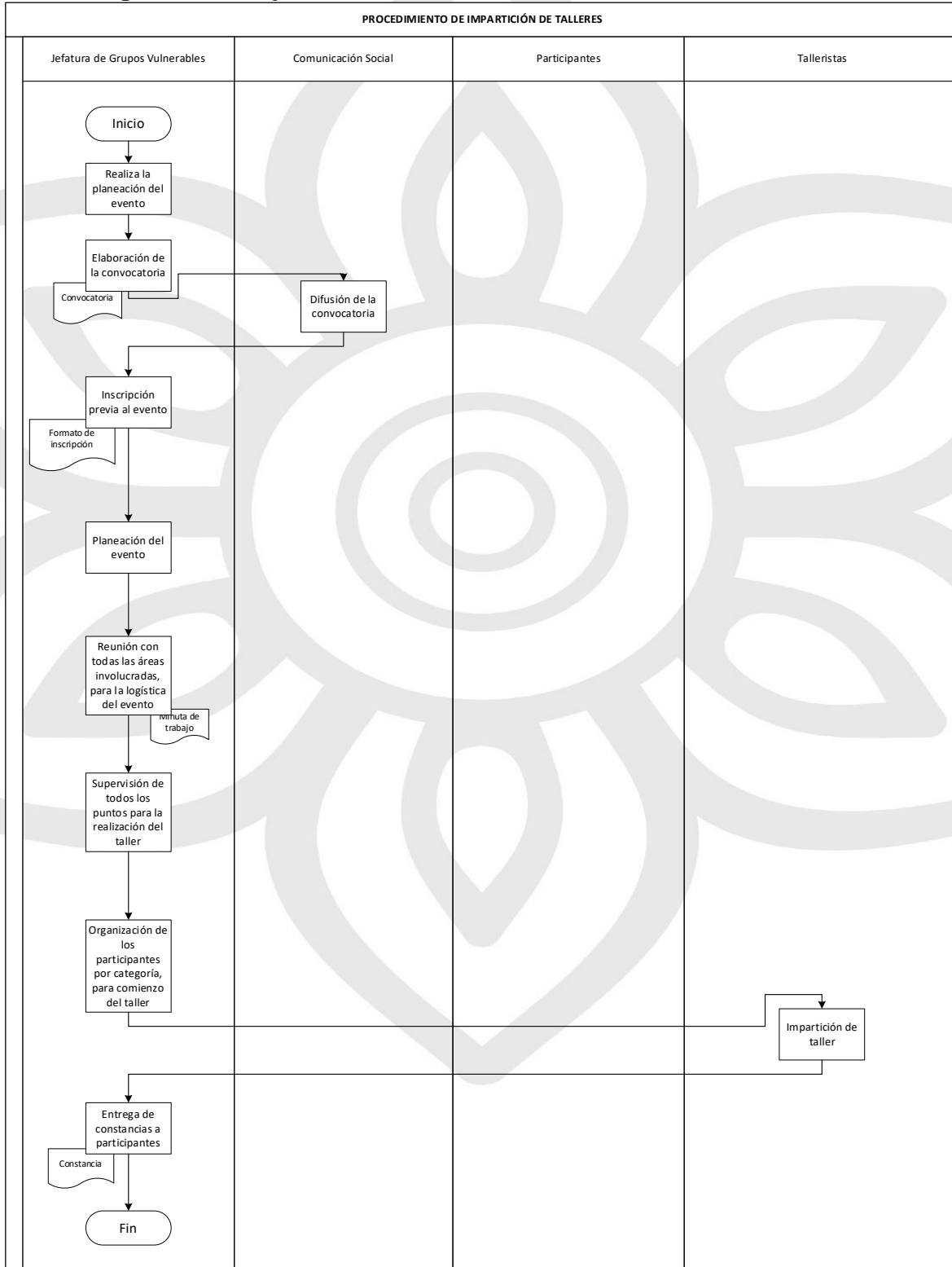




7	Organización de los participantes por categoría para el comienzo del evento	N/A	Jefatura de Grupos Vulnerables
8	Impartición del taller	N/A	Talleristas
9	Entrega de constancias a participantes	Constancia	Jefatura de Grupos Vulnerables
10	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.n.5 Diagrama de flujo





### III.n.6 Listado de formatos aplicables

Título	Observación
Convocatoria	N/A
Formato de inscripción	N/A
Minuta de trabajo	N/A

### III.n.7 Presentación de formatos aplicables

005

SERVIENDO CON EL CORAZÓN
www.atlixco.gob.mx

"2022, AÑO DE RICARDO FLORES MAGÓN"

OFICIO: DIF-CRI/DIAG/V0302022  
ASUNTO: solicitud de publicidad  
Código archivístico: SC 3

LIC. SALVADOR ROMERO REYES  
DIRECTOR DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
DEL HONRABLE AYUNTAMIENTO DE  
ATLIXCO  
PRESENTE.

La que suscribe, Arq. Susana Alcántara García, Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables por este conducto le envío un cordial saludo así mismo aprovecho la oportunidad para mencionarle que la jefatura realizará un taller de barro policromado. Siguiendo la misma línea solicitamos lo siguiente:

- Publicidad del taller de barro policromado.
- Iniciando el 01 de agosto.
- Participantes adultos mayores, personas con discapacidad y público en general
- Los lunes y miércoles en las instalaciones del DIF de 10:00 am a 12:00 pm.
- Inscripciones en las instalaciones de la Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables o al teléfono 2446885965 ext. 3032.
- Costo de Recuperación \$15.00 por clase

Se más por el momento, esperando contar con su valioso apoyo, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario.

DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
25 JUL 2022  
Ciudad de Atlixco, Puebla a 22 de julio de 2022

ATENTAMENTE

ARQ. SUSANA ALCÁNTARA GARCÍA  
JEFATURA DE ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

DIF MUNICIPAL  
AYUNTAMIENTO DE ATLIXCO, PUEBLA  
2021-2024

CCP: ANEXO

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla, Tel. 244 688 59 65 y 244 44 5 33 91





**TALLER PINTURA EN TELA**

NOMBRE:			
MAESTRA:			
LUGAR DE IMPARTICION:			
HORARIO:	DIAS:		
DIRIGIDO:			
NUMERO DE PERSONAS:	DURACION TALLER:		
COSTO:			
MATERIAL:			
PUBLICIDAD:			
OBJETIVO			
TEMAS A DESARROLLAR:			

### JEFATURA DE PSICOLOGÍA

#### III.ñ Procedimiento de Atención Psicológica

##### III.ñ.1 Objetivo

Apoyo a la ciudadanía en temas de salud mental, mediante la atención profesional.

##### III.ñ.2 Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

##### III.ñ.3 Tiempo de gestión

Variable

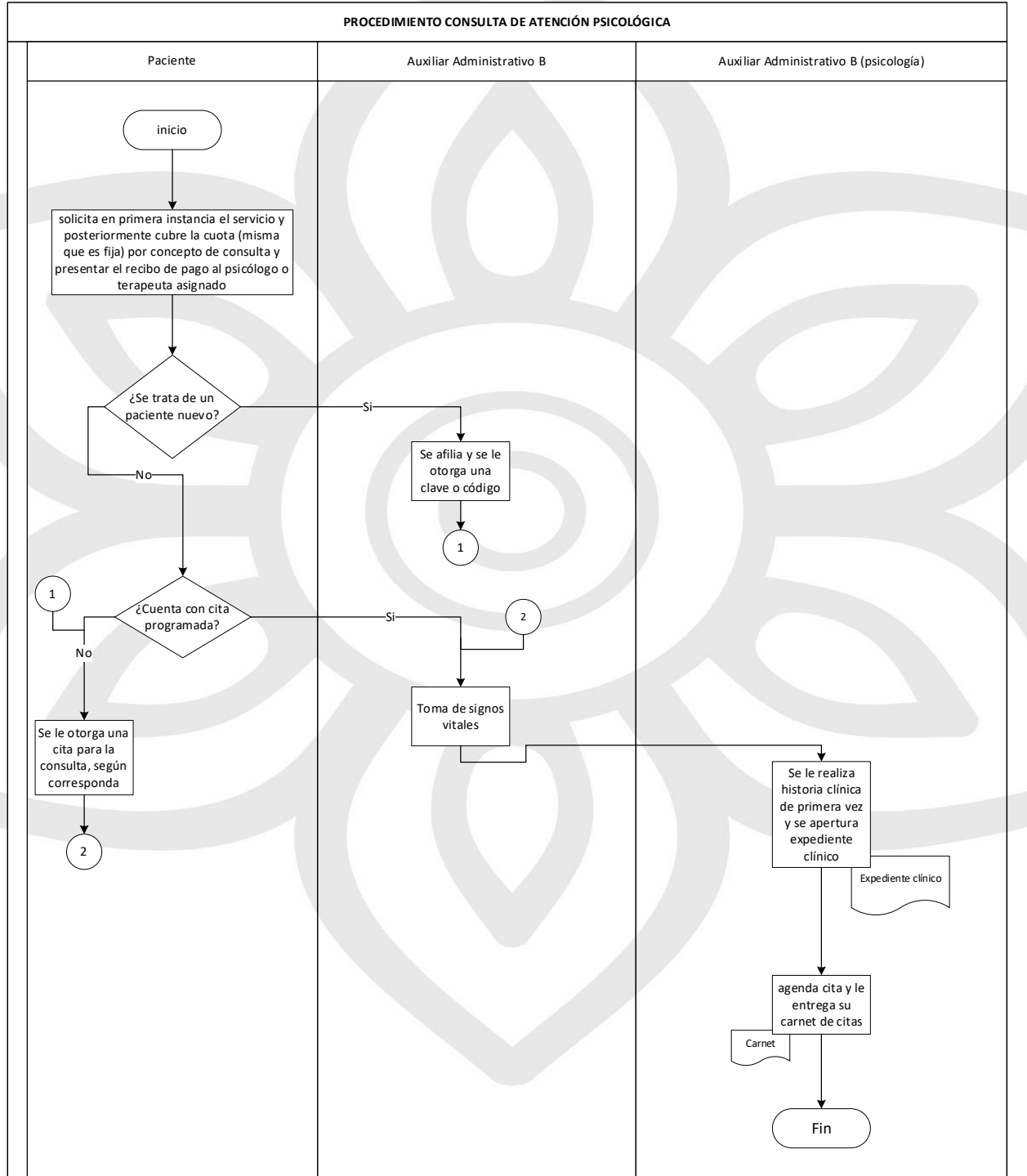


### III.ñ.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Para tomar terapia psicológica, el paciente solicita en primera instancia el servicio y posteriormente cubre la cuota (misma que es fija) por concepto de consulta y presentar el recibo de pago al psicólogo o terapeuta asignado	Comprobante de pago	Paciente
2	Se recibe documentación para formar su expediente y se comienza con la historia clínica para brindar la intervención psicológica	Historia clínica	Psicólogo o terapeuta
3	Al concluir la terapia el terapeuta le agenda cita y le entrega su carnet de citas para evitar que el usuario olvide su próxima sesión	Carnet de citas	Auxiliar Administrativo B (psicología)
4	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.ñ.5 Diagrama de flujo











**DIF ATLIXCO** | SIRVIENDO CON EL CORAZÓN | [www.atlixco.gob.mx](http://www.atlixco.gob.mx)

ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA  
FECHA \_\_\_\_\_ NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
TIPO DE TERAPIA: \_\_\_\_\_

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____	Edad: _____	Genero: _____
Fecha de nacimiento: _____	Lugar de Origen: _____	
Dirección: _____		
Teléfono: Cel. _____	Casa: _____	
Estado Civil: _____	Religión: _____	
Grado de estudios: _____	Ocupación: _____	
Nombre de los padres: _____		
Edad y ocupación: _____		

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

3.- HISTORIA CLÍNICA

1. PADECIMIENTOS CRONOLÓGICOS PATOGENOS MENTALES O PSICOEMOCIONALES CON TRATAMIENTO CONCLUIDO O PERMANENTES (INTERVENCIONES)

2. PADECIMIENTO PATOLÓGICO O PSICOLÓGICO ACTUAL (SINTOMAS Y SIGNOS)

3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MENTALES Y GENERALES (FAMILIARES O HEREDOFAMILIARES)

- NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_
- PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_
- EDAD O CHECHA EN QUE LO PADECIO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_
- NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_
- PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_



### III.o Procedimiento de Atención a clínica de maltrato

#### III.o.1 Objetivo

Brindar atención legal, psicológica y médica a cualquier persona que lo requiera o solicite

#### III.o.2 Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

#### III.o.3 Tiempo de gestión

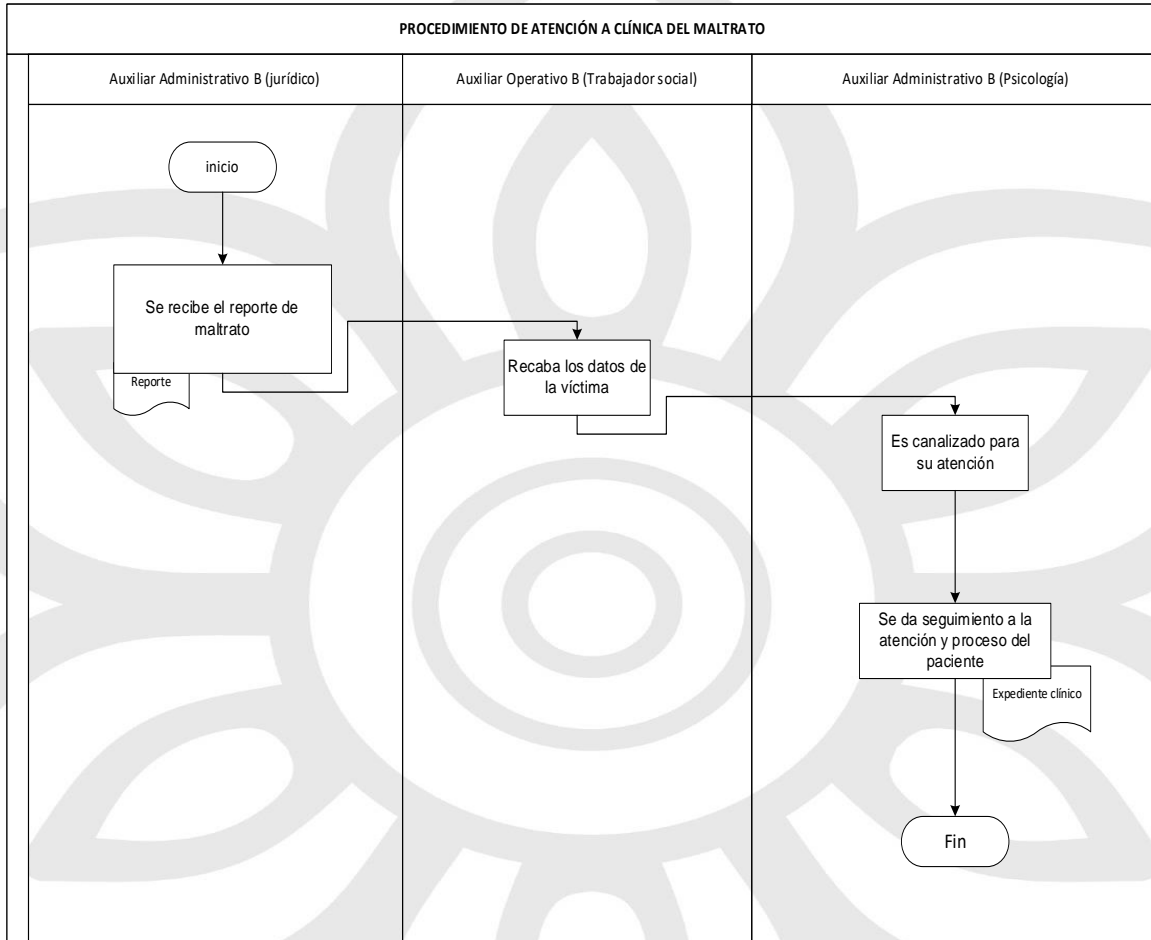
Variable

#### III.o.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Se recibe el reporte de maltrato, puede ser por el área de jefatura jurídica o por parte de la Secretaría de Seguridad Pública	Reporte	Auxiliar Administrativo B (jurídico)
2	Recaba los datos de la víctima	Formato	Auxiliar Operativo B (Trabajador social)
3	Se canaliza al área jurídica y psicológica	N/A	Auxiliar Administrativo B (Psicología)
4	Se da seguimiento a la atención y proceso del paciente	Expediente clínico	Auxiliar Administrativo B (Psicología)
5	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.o.5 Diagrama de flujo



### III.o.6 Listado de formatos aplicables

Título	Disposición
Historia clínica	Se conserva en la Jefatura de psicología
Reporte	Se conserva en la Jefatura de psicología



### III.o.7 Presentación de formatos aplicables

**DIF ATLIXCO** | SIRVIENDO CON EL CORAZÓN | www.atlixco.gob.mx

ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA  
FECHA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
TIPO DE TERAPIA: \_\_\_\_\_

**1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Origen: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Cel: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Grado de estudios: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre de los padres: \_\_\_\_\_  
Edad y ocupación: \_\_\_\_\_

**2.- MOTIVO DE LA CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.- HISTORIA CLÍNICA**

**1. PADECIMIENTOS CRONOLÓGICOS PATOGENOS MENTALES O PSICOEMOCIONALES CON TRATAMIENTO CONCLUIDO O PERMANENTES (INTERVENCIONES)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.- PADECIMIENTO PATOLÓGICO O PSICOLÓGICO ACTUAL (SINTOMAS Y SIGNOS)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MENTALES Y GENERALES (FAMILIARES O HEREDIFAMILIARES)**

- NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_  
- PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
- EDAD O EPOCA EN QUE LO PADECIO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
- NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_  
- PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_



## JEFATURA JURÍDICA

### III.p Procedimiento de Atención a Juzgados

#### III.p.1 Objetivo

Como resultado de las solicitudes realizadas por parte de la Autoridad Judicial, la Dependencia a través de los profesionales en materia psicológica, brindan apoyo en la valoración y/o escucha a los menores, para emitir la valoración y dictamen respectivo.

#### III.p.2 Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco

#### III.p.3 Tiempo de gestión

Variable

#### III.p.4 Descripción del procedimiento

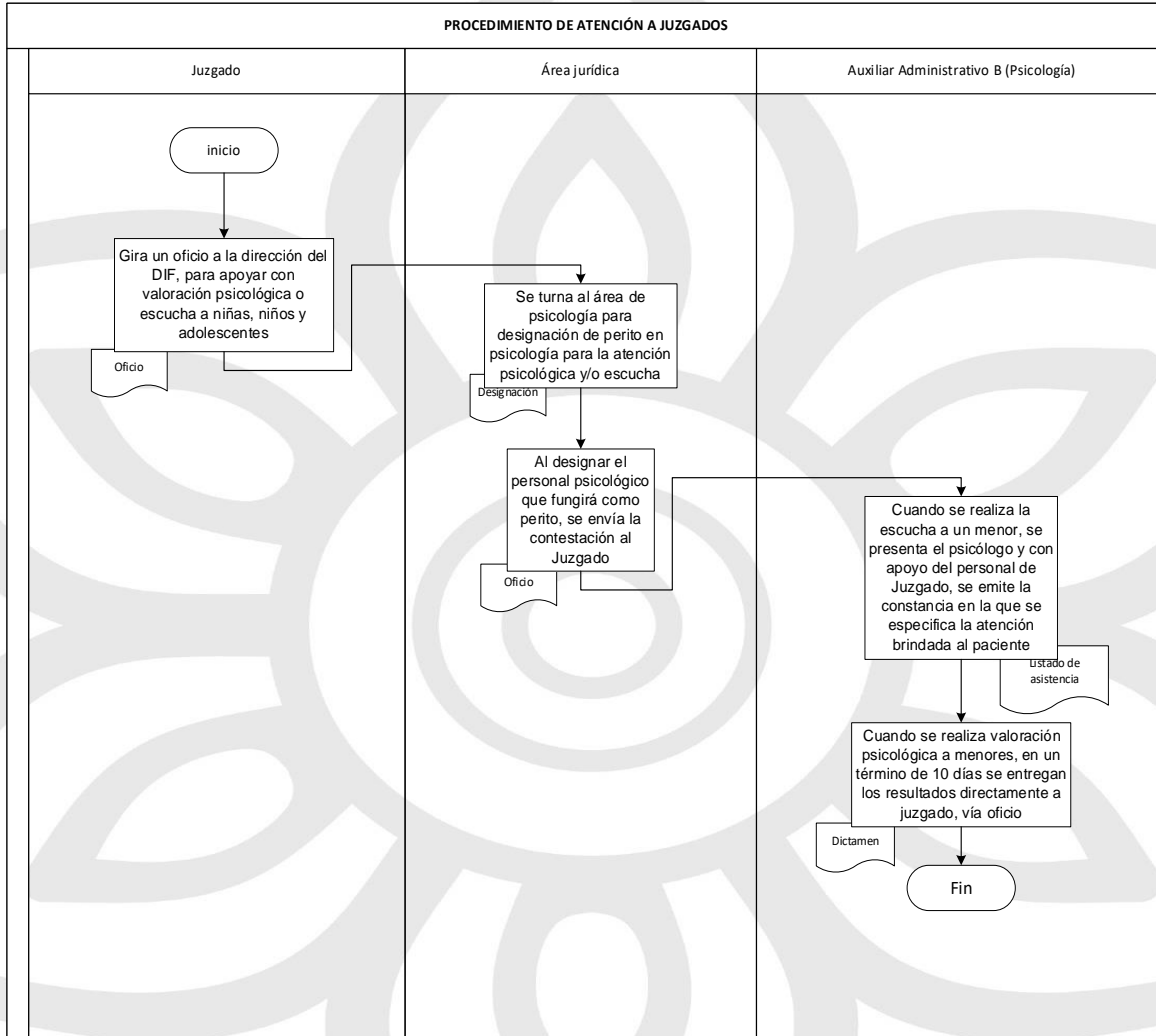
No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Gira un oficio a la dirección del DIF, para apoyar con valoración psicológica o escucha a niñas, niños y adolescentes	Oficio	Juzgado
2	Se turna al área de psicología para designación de perito en psicología para la atención psicológica y/o escucha	Designación	Área jurídica
3	Al designar el personal psicológico que fungirá como perito, se	Oficio	Área jurídica



	envía la contestación al Juzgado		
4	Cuando se realiza la escucha a un menor, se presenta el psicólogo y con apoyo del personal de Juzgado, se emite la constancia en la que se especifica la atención brindada al paciente	Listado asistencia	Auxiliar Administrativo B (Psicología)
5	Cuando se realiza valoración psicológica a menores, en un término de 10 días se entregan los resultados directamente a juzgado, vía oficio	Dictamen	Auxiliar Administrativo B (Psicología)
6	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.p.5 Diagrama de flujo



### III.q Procedimiento de Juicios Familiares

#### III.q.1 Objetivo

Brindar el acompañamiento y representación legal a las personas en situación de vulnerabilidad en los tribunales competentes.

#### III.q.2 Fundamento legal

- Ley General de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes
- Código Civil del Estado de Puebla.
- Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Puebla.





- Ley de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de Puebla

### III.q.3 Tiempo de gestión

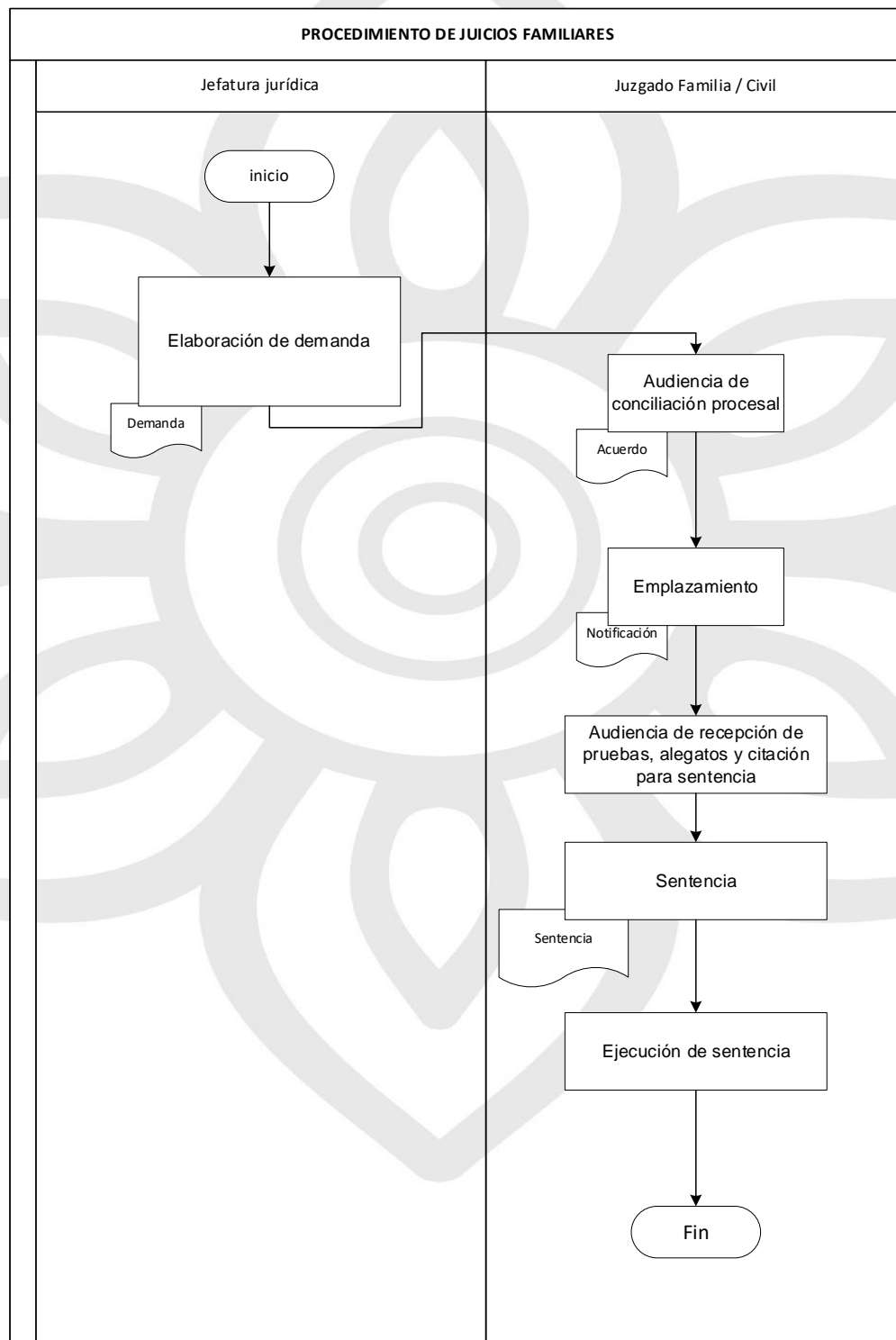
Variable

### III.q.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Elaboración de demanda	Libre redactado en hoja oficio	Jefatura Jurídica
2	Audiencia de conciliación procesal	N/A	Juzgado familiar / civil
3	Emplazamiento	N/A	Juzgado familiar / civil
4	Audiencia de recepción de pruebas, alegatos y citación para sentencia	N/A	Juzgado familiar / civil
5	Sentencia	N/A	Juzgado familiar / civil
6	Ejecución de sentencia	N/A	Juzgado familiar / civil
7	Fin del procedimiento	N/A	N/A



### III.q.5 Diagrama de flujo





### III.r Procedimiento de Asesorías jurídicas

#### III.r.1 Objetivo

Brindar asesoría y acompañamiento jurídico sobre los diversos temas legales que tenga interés el usuario.

#### III.r.2 Fundamento legal

- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Código Penal del Estado de Puebla
- Código Nacional de Procedimientos Penales  
Código Civil del Estado de Puebla.
- Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Puebla.
- Ley de Asistencia Social
- Ley General de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes
- Ley de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de Puebla

#### III.r.3 Tiempo de gestión

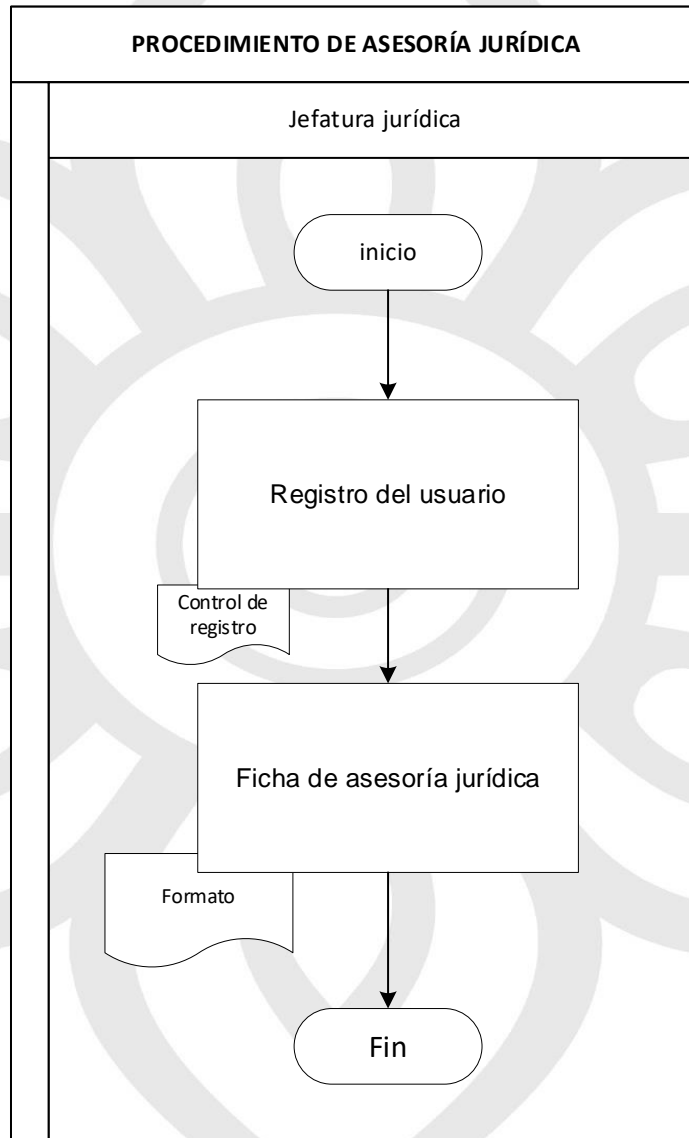
Variable

#### III.r.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Registro del usuario	Lista de asistencia al área jurídica.	Jefatura Jurídica
2	Ficha de Asesoría Jurídica	Documento	Jefatura Jurídica



### III.r.5 Diagrama de flujo



### III.r.6 Listado de formatos aplicables

Título	Observación
Registro de atención jurídica	Se conserva en el Área jurídica
Ficha de asesoría jurídica	Se conserva en el Área jurídica





### III.s Procedimiento de impartición de Pláticas

#### III.s.1 Objetivo

Alcanzar a la ciudadanía el conocimiento y comprensión de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, así como la protección de estos.

#### III.s.2 Fundamento legal

- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente
- Ley de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de Puebla

#### III.s.3 Tiempo de gestión

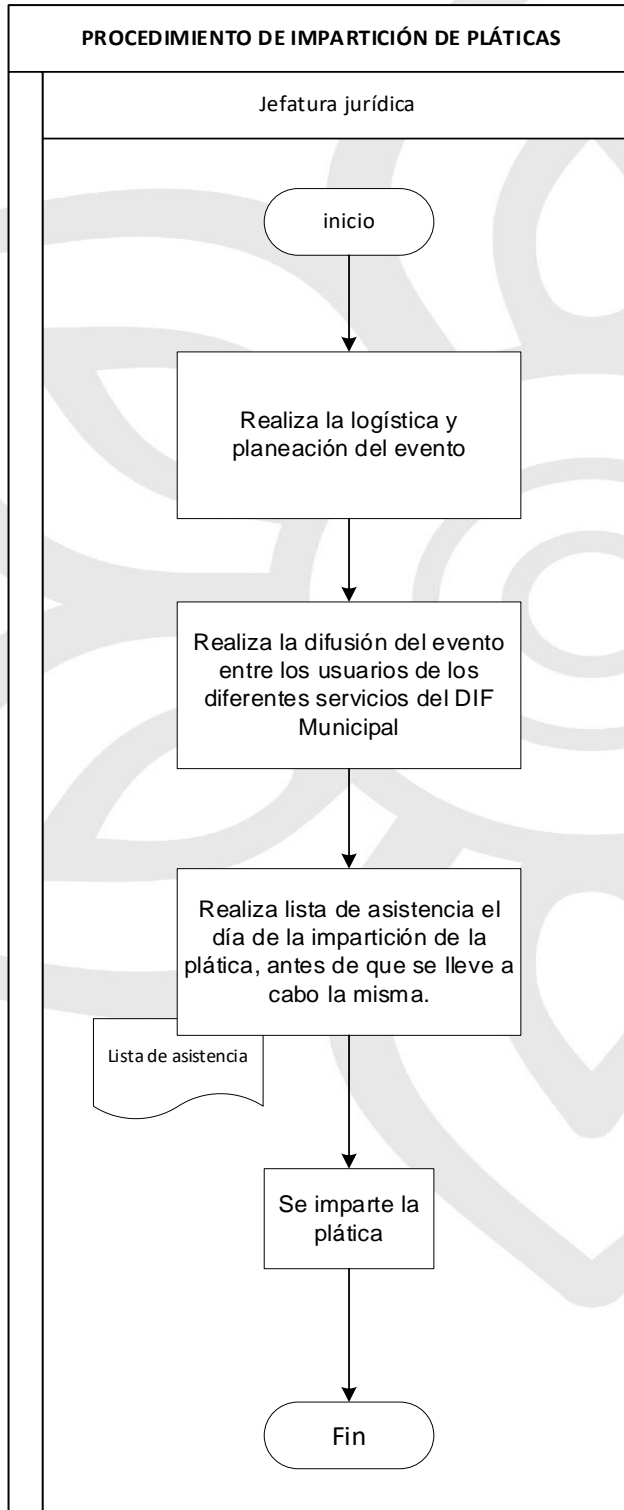
Variable

#### III.s.4 Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Realiza la logística y planeación del evento	N/A	Jefatura Jurídica
2	Realiza la difusión del evento entre los usuarios de los diferentes servicios del DIF Municipal	N/A	Jefatura Jurídica
3	Realiza lista de asistencia el día de la impartición de la plática, antes de que se lleve a cabo la misma.	Lista de asistencia	Jefatura Jurídica
4	Se imparte la plática	No aplica	Jefatura Jurídica



### III.s.5 Diagrama de flujo





## IV. GLOSARIO

**Discapacidad:** Término general que abarca las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS, 2001).

**Estudio Socioeconómico:** Investigación que implica una entrevista, aplicando una metodología para identificar aspectos relevantes de una persona enfocados a: salud, condición económica, localización, tipo de vivienda, entre otros, se complementa con evidencia documental, así como de visita domiciliaria (en caso de ser necesaria) que permite evaluar si la persona es sujeto o no a la asistencia social.

**Expediente:** El expediente es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagen lógicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo. (NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico).

**Grupos vulnerables:** Persona o grupo que, por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil; nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental; requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.

**Paciente:** Persona que sufre dolor y/o malestar y/o algún padecimiento que pueda ser diagnosticado por un médico especialista en rehabilitación, y que, por ende, solicita asistencia médica especializada, sometiéndose a cuidados profesionales para mejorar su salud.





**Polifuncional:** Funcionario público que se ha desempeñado en diversas áreas de la Administración.

**Posible beneficiario:** habitante del municipio de Atlixco que pertenece a algún grupo vulnerable y que su perfil empata con uno de los programas existentes en el DIF municipal.