



PERIODICO OFICIAL

ORGANO DE DIFUSION OFICIAL DEL GOBIERNO
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE
Y SOBERANO DE TABASCO.

PUBLICADO BAJO LA DIRECCION DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO

Registrado como correspondencia de segunda clase con fecha
17 de agosto de 1926 DGC Núm. 0010826 Características 11282816

Epoca 6a.

Villahermosa, Tabasco

29 DE ENERO DE 2014

Suplemento
7450 K

CONTINUACIÓN DE LA PÁG. 195

No. 1723



INSTRUCTIVOS DE FORMATOS DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO 2

1.- Análisis de Eventos	Planificación del orden y pautas para maximizar recursos y minimizar riesgos, alcanzar las metas establecidas por la organización
-------------------------	---

Dirección de Vinculación y Gestión Social

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO CONTENIDO

Extra sectorial	
28.-DIF Municipales	Plan de acción para definir participación
29.-Perfil de asistente	Definir el segmento de asistentes
30.-Encuesta de opinión empírica	Plan de aplicación de encuestas y sondeo
31.-Impacto mediático	Descripción de Mecánica de medición de efectos inmediatos de la ejecución del evento
32.-Rentabilidad Económica	Puesta en valor de beneficios de asistencia social
33.-Ruta Crítica	Pasos y procedimiento a seguir

"ANÁLISIS DE EVENTOS"

DIRECCION DE VINCULACION Y GESTION SOCIAL

FECHA 2013

Dirección de Vinculación y Gestión Social

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO CONTENIDO

1.- Concepto	Detallar el nombre genérico del proyecto
2.-Proyecto espacial	Anotar el espacio físico donde se llevara a cabo el evento
3.-Orden del día	Detallar los puntos a tratar
4.-Contrataciones	Indicar los requerimientos necesarios de insumos y servicios.
5.-Comunicación Inter-Sectorial	Anotar cual serán las direcciones y áreas involucradas dentro del organismo
6.-Comunicación Extra Sectorial	Anotar cuáles serán las direcciones y áreas involucradas fuera del organismo
7.-Construcción y Montaje	Presentación de propuestas de diseños y mecánica de montaje
8.-Ambientes decorativos	Definir el tipo de ambientación
9.-Mobillario	Propuesta de montaje y requerimientos
10.-Ornamentos	Propuesta de montaje y requerimientos
11.-Menaje u Equipo de Sonido	Propuesta de montaje y requerimientos
12.-Seguridad Física	Mencionar los aspectos de Seguridad
13.-Limpieza	Anotar requerimientos
14.-Comodidad	Detallar elementos de confort
15.-Puntualidad	Establecer horarios
16.-Control de Acceso	Detallar logística de acceso
17.-Edecanes	Establecer tareas de cordialidad
18.-Cordialidad,Atención e Información	Mencionar mecanismo de atención hacia los asistentes
19.-Calidad de alimentos y bebidas que consumió el Staff	Supervisión de la calidad en la preparación y manejo higiénico de los alimentos
20.-Calidad y precio de los alimentos que se vendieron al público	Plan de acción para la supervisión y control de precios
21.-Calidad de voz e imagen	Mencionar requerimientos básicos de voz e imagen
22.-Duración del evento	Determinación de la duración del evento
23.-Cierre del evento	Determinación de la duración y fin del evento
24.-Aspectos complementarios Dirección de Vinculación y Gestión Social.	
25.-Comunicación y operación Intersectorial	Anotar cuáles serán las direcciones y áreas participantes
26.-La operación	Mencionar la mecánica operativa del evento
27.-Comunicación y Operación	Mencionar las funciones a desarrollar

- 17.- Edecanes
- 18.- cordialidad atención e información
- 19.- Calidad de alimentos y bebidas que consumió el staff
- 20.- Calidad y precio de los alimentos que se vendieron al público
- 21.- Calidad de voz e imagen
- 22.- Duración del Evento
- 23.- Cierre del evento
- 24.- ASPECTOS COMPLEMENTARIOS
- DIRECCION DE VINCULACION Y GESTION SOCIAL
- 25.- Comunicación y operación inter sectorial
- 26.- La operación
- 27.- Comunicación y operación extra sectorial
- 28.- DIF municipales
- 29.- Perfil de asistentes
- 30.- Encuestas de opinión empírica
- 31.- Impacto mediático
- 32.- Rentabilidad económica
- 33.- Ruta Crítica.

Dirección de Vinculación y Gestión Social

CONTENIDO:

- 1.- Concepto
- 2.- Proyecto espacial
- 3.- Orden del día
- 4.- Contrataciones
- 5.- Comunicación Inter Sectorial
- 6.- Comunicación extra Sectorial
- 7.- CONSTRUCCION Y MONTAJE.
- 8.- Ambientes decorativos
- 9.- Mobillario
- 10.- Ornamentos
- 11.- Menaje u equipo de Sonido
- 12.- Seguridad física
- 13.- Limpieza
- 14.- Comodidad
- 15.- Puntualidad
- 16.- Control de acceso

DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO UAI-SAF-01

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

1.- Fecha	En este espacio el interesado anota la fecha en que llena el formato de solicitud de acceso a la información.
2.- Sujeto Obligado.	En este espacio el interesado anota el nombre del Sujeto Obligado (Sistema DIF Tabasco), al cual dirige la solicitud de acceso a la información.
3.- Solicitante.	En este espacio el interesado anota su nombre completo o seudónimo, y en su caso precisa si va a nombrar representante anotando el nombre del mismo.
4.- Identificación clara y precisa de los datos e información que requiere.	En este espacio el interesado anota los datos e información que requiere.
5.- Medio de reproducción por el cual desea recibir la información.	En este espacio el interesado selecciona el medio por el cual desea recibir la información.
6.- Domicilio para recibir la información o notificaciones.	En este espacio el interesado señala un domicilio para recibir la información o notificaciones.
7.- Otros datos para facilitar la localización de la información o en su caso, documentos que anexa.	En este espacio el interesado puede proporcionar datos adicionales que permitan agilizar la localización de la información, o en su caso, mencionar los documentos que anexa a la solicitud de acceso a la información.

5

Medio de reproducción por el cual desea recibir la información (Marque con "X").

• Verbalmente	_____	Sin costo
• Consulta directa	_____	Sin costo
• Copias simples	_____	Con costo
• Impresión	_____	Con costo
• Copias certificadas	_____	Con costo
• Disquete 3.5 o CD Rom	_____	Con costo
• Otro medio (especifique)	_____	

6

Domicilio para recibir la información o notificaciones (Marque con "X").

Personalmente o a través del representante autorizado por el solicitante:

- Oficina de la UAI _____
- Domicilio en zona urbana de Villahermosa _____

Avenida o Calle, número, Colonia, C.P., Ciudad, Estado.

- Estrados _____

7

Otros datos para facilitar la localización de la información o en su caso, documentos que anexa (No incluir datos personales).

FORMATO UAI-SAJ-01

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

1 Fecha _____

2 Sujeto Obligado _____

3 Solicitante:
 *Nombre: _____
 Representante: (Marque con "X")
 SI NO
 Nombre: _____

4 Identificación clara y precisa de los datos e información que requiere (solo podrá solicitar una información por cada escrito).

*El nombre puede ser completo, incompleto o seudónimo; ya que toda persona sin necesidad de acreditar interés alguno o justificar su utilización, tendrá acceso gratuito a la información pública, Art. 6 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y Art. 4 bis fracción IV de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO UAI-SPD-02

Formato de Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición a los Datos Personales

1.- Fecha y hora de recepción	En este espacio el interesado anota la fecha y hora en que llena el formato de solicitud relativa a datos personales.
2.- Sujeto Obligado	En este espacio el interesado anota el nombre del Sujeto Obligado (Sistema DIF Tabasco), al cual dirige la solicitud relativa a datos personales.
3.- Datos del Solicitante.	En este espacio el interesado anota su nombre completo.
4.- Identificación o documento oficial con el que se identifica.	En este espacio el interesado selecciona el tipo de identificación oficial por el cual acredita su personalidad.
5.- Forma en que desea recibir las notificaciones.	En este espacio el interesado selecciona la forma en que desea recibir notificaciones.
6.- Descripción del dato o datos a los cuales desea tener acceso, rectificar, cancelar u oponerse.	En este espacio el interesado anota la descripción del dato o datos a los cuales desea tener acceso, rectificar, cancelar u oponerse.
7.- Forma en que desea recibir la información	En este espacio selecciona la forma en que desea recibir la información.
8.- Documentos que anexa	En este espacio el interesado menciona los documentos que anexa a la solicitud relativa a datos personales.

FORMATO UAI-SPD-02

Formato de Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición a los Datos Personales

1. Fecha y Hora de recepción ____/____/____ Hrs.
Día Mes Año

2. Sujeto Obligado: _____

3. Datos del Solicitante
 Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

4. Identificación o documento oficial con el que se identifica (Marque con "x", y deberá acompañar a su escrito copia certificada de su identificación oficial, o en su defecto la original con copia, misma que se le devolverá previo cotejo).
 Credencial para votar Cédula profesional
 Pasaporte (vigente)
 Cartilla del servicio militar (con fecha de expedición no mayor a 5 años)
 Otro (Indique) _____

5. Forma en que desea recibir notificaciones (Marque con "x").
 Personalmente _____
 Oficinas de la UAI _____
 Estrados _____

Descripción del dato o datos a los cuales desea tener acceso, rectificar, cancelar u oponerse.

(Para brindarle un mejor servicio, describa con precisión y claridad lo que solicite, se sugiere proporcionar todos los datos que considere faciliten la ubicación de dicha información, si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud, así como los documentos que acrediten la procedencia de la petición).

6. _____

7. Forma en que desea recibir la información (Marque con "x").
 Copias simples _____ Con costo
 Copias certificadas _____ Con costo
 Hojas impresas _____ Con costo
 Disco CD-R _____ Con costo
 DVD _____ Con costo
 Disquete _____ Con costo
 Otro medio (especifique) _____

8. Documentos que anexa (solo en caso de no ser suficiente el espacio correspondiente).

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO UAI-BQYS-08

BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

1.- Fecha y Hora	En este espacio el interesado anota la fecha y hora en que llena el formato de buzón de quejas y sugerencias.
2.- ¿En qué área fue atendido?	En este espacio el interesado anota el nombre del área de la Unidad donde fue atendido.
3.- ¿La atención recibida fue?	En este espacio el interesado califica la atención recibida por parte de la Unidad.
4.- Escriba el nombre de la persona que lo atendió y la hora	En este espacio el interesado anota el nombre del servidor público que lo atendió y la hora.
5.- ¿Qué tiempo esperó para ser atendido?	En este espacio el interesado señala el tiempo que esperó para ser atendido.
6.- ¿Fue atendido como usted quería?	En este espacio el interesado selecciona si fue atendido como él esperaba, y anota la razón.
7.- ¿Cuál es el motivo de su queja o sugerencia?	En este espacio el interesado anota cuál es el motivo de su queja o sugerencia.
8.- Otros comentarios	En este espacio el interesado anota sus observaciones o comentarios hacia la Unidad.

FORMATO UAI-BQYS-03

BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

Fol. _____

1. Seleccione con una X la respuesta, misma que evalúa el desempeño de esta Unidad. Para nosotros es muy importante su Opinión.
 FECHA: _____ HORA: _____

2. ¿En qué área fue atendido?

3. ¿La atención recibida fue?
 Satisfactoria _____ Regular _____ Deficiente _____

4. Escriba el nombre de la persona que lo atendió y la hora:
 _____ Hora: _____

5. ¿Qué tiempo esperó para ser atendido?
 De 15 a 30 minutos _____ De 30 a 60 minutos _____ Más de una hora _____

6. ¿Fue atendido como usted quería? Si _____ No _____
 Si su respuesta es NO, por favor indique por qué

7. ¿Cuál es el motivo de su queja o sugerencia?

8. Otros comentarios. (Para nosotros es importante conocer sus comentarios y opinión).

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO UAI-PQ-04

PROCEDIMIENTO DE QUEJA

1.- Lugar, Fecha y Hora.	En este espacio el quejoso anota el lugar, fecha y hora en que llena el formato de procedimiento de queja.
2.- Nombre del quejoso	En este espacio el quejoso proporciona su nombre.
3.- Sujeto Obligado contra quien se interpone el recurso	En este espacio el quejoso anota el nombre del Sujeto Obligado (Sistema DIF Tabasco), contra quien interpone el procedimiento de queja.
4.- Indique el modo por el cual quiere ser notificado	En este espacio el quejoso indica el modo por el cual quiere ser notificado.
5.- Acciones u Omisiones motivo de la queja.	En este espacio el quejoso anota el motivo de la queja.
6.- Fecha en que tuvo conocimiento de los hechos.	En este espacio el quejoso anota el día, mes y año en el cual tuvo conocimiento de los hechos que motivaron la interposición del procedimiento de queja.

FORMATO UAI-PQ-04

PROCEDIMIENTO DE QUEJA

1 LUGAR: _____ FECHA: _____ HORA: _____

2 NOMBRE DEL QUEJOSO _____

3 SUJETO OBLIGADO CONTRA QUIEN SE INTERPONE EL RECURSO _____

4 INDIQUE EL MODO POR EL CUAL DESEA SER NOTIFICADO (ART. 64 RLTAIPET):
 PERSONALMENTE (FAVOR DE INDICAR DOMICILIO EN LA CIUDAD DE VILLAHERMOSA, TABASCO) _____
 MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA (CORREO ELECTRÓNICO) _____
 ESTRADOS _____

5 ACCIONES U OMISIONES MOTIVO DE LA QUEJA:

6 FECHA EN QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS: D ____ / M ____ / A ____

TABASCO CASA DEL ÁRBOL	DIF DEPARTAMENTO DE INTELIGENCIA FINANCIERA	2013					[84] TOTAL ANUAL	Observaciones [85]
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo		
(1) Población total	(1) Población total							
(2) HOMBRES	(2) HOMBRES							
(3) Independientes	(3) Independientes							
(4) Parcialmente dependientes	(4) Parcialmente dependientes							
(5) Dependientes	(5) Dependientes							
(6) Mujeres	(6) Mujeres							
(7) Independientes	(7) Independientes							
(8) Parcialmente dependientes	(8) Parcialmente dependientes							
(9) Dependientes	(9) Dependientes							
Ingresos (10)	Ingresos (10)							
Egresos (11)	Egresos (11)							
(12) Integración al núcleo familiar	(12) Integración al núcleo familiar							
(13) Defunciones	(13) Defunciones							
(14) Salidas voluntarias	(14) Salidas voluntarias							
MORBILIDAD (15)	MORBILIDAD (15)							
(16) HIPERTENSIÓN ARTERIAL	(16) HIPERTENSIÓN ARTERIAL							
(17) DIABETES MELLITUS	(17) DIABETES MELLITUS							
(18) OSTEOARTRITIS	(18) OSTEOARTRITIS							
(19) DEMENCIA	(19) DEMENCIA							
(20) CARDIOPATÍA	(20) CARDIOPATÍA							
(21) PLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	(21) PLASIA PROSTÁTICA BENIGNA							
(22) INCONTINENCIA URINARIA	(22) INCONTINENCIA URINARIA							
(23) DERMATOSIS	(23) DERMATOSIS							
Raciones alimenticias (24)	Raciones alimenticias (24)							
(25) Realización de menús de desayuno por abuelo	(25) Realización de menús de desayuno por abuelo							
(26) Realización de menús de comida por abuelo	(26) Realización de menús de comida por abuelo							
(27) Realización de menús de cena por abuelo	(27) Realización de menús de cena por abuelo							
(28) Colaciones	(28) Colaciones							
(29) Puntales	(29) Puntales							
(30) Hidrataciones	(30) Hidrataciones							
(31) Menú para el personal	(31) Menú para el personal							
(32) Dieta blanda	(32) Dieta blanda							
(33) Dieta picada	(33) Dieta picada							

SECRETARÍA TÉCNICA

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO "CASA DEL ÁRBOL"

- (1) Población total: total por mes de adultos mayores que se encuentran en el centro "Casa del Árbol".
- (2) Hombre: población total por mes de hombres que se encuentran en el centro "Casa del Árbol".
- (3) Independientes: población por mes de hombres que son capaces de mantener un entorno seguro para el mismo o acondicionarlo según sus necesidades.
- (4) Parcialmente dependientes: población por mes de hombres que son capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria pero que necesitan ayuda para actividades complejas.
- (5) Dependiente: población por mes de hombres que requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- (6) Mujeres: población total por mes de mujeres que se encuentran en el centro "Casa del Árbol".
- (7) Independientes: población por mes de mujeres que son capaces de mantener un entorno seguro para el mismo o acondicionarlo según sus necesidades.
- (8) Parcialmente dependientes: población por mes de mujeres que son capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria pero que necesitan ayuda para actividades complejas.
- (9) Dependiente: población por mes de mujeres que requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- (10) Ingresos: población de adultos mayores de nuevo ingreso en el mes.
- (11) Egresos: población de adultos mayores que egresaron del centro en el mes.
- (12) Integración al núcleo familiar: población por mes de adultos mayores que se integraron a su núcleo familiar.
- (13) Defunciones: población por mes de adultos mayores fallecidos.
- (14) Salidas voluntarias: población por mes de adultos mayores que decidieron egresar del centro voluntariamente.
- (15) Morbilidad: total por mes de la población de adulto mayor que padece una enfermedad crónica.
- (16) Hipertensión arterial: población por mes de adultos mayores que padecen hipertensión arterial.
- (17) Diabetes Mellitus: población por mes de adultos mayores que padecen Diabetes Mellitus.
- (18) Osteoartritis: población por mes de adultos mayores que padecen Osteoartritis.
- (19) Demencia: población por mes de adultos mayores que padecen demencia.
- (20) Cardiopatía: población por mes de adultos mayores que padecen alguna cardiopatía.
- (21) Plasia prostática benigna: población por mes de adultos mayores que padecen Plasia prostática benigna.
- (22) Incontinencia urinaria: población por mes de adultos mayores que padecen incontinencia urinaria.
- (23) Dermatitis: población por mes de adultos mayores que padecen dermatosis por mes.
- (24) Raciones alimenticias: total de raciones alimenticias otorgadas por mes.
- (25) Realización de menús de desayuno por abuelo: total de desayunos otorgados por mes.
- (26) Realización de menús de comida por abuelo: total de comidas otorgadas por mes.
- (27) Realización de menús de cena por abuelo: total de cenas otorgadas por mes.
- (28) Colaciones: cantidad de colaciones otorgadas por mes.
- (29) Puntales: total de entremeses otorgados por mes.
- (30) Hidrataciones: cantidad de hidrataciones otorgadas por mes.
- (31) Menú para el personal: total de menús otorgados al personal que brinda su servicio en el centro por mes.
- (32) Dieta blanda: total de menús de dieta blanda realizados por mes.
- (33) Dieta picada: total de menús de dieta picada realizados por mes.
- (34) Total anual: sumatoria del total de cada mes.
- (35) Observaciones: comentarios de situaciones inusuales presentadas.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD"

- (1) Auxiliares auditivos: total de auxiliares auditivos entregados por mes.
- (2) Constancia de discapacidad: total de constancias de discapacidad entregadas por mes.
- (3) Programa de lentes: total de lentes entregados por mes.
- (4) Credenciales: total de credenciales entregadas por mes.
- (5) Área de Psicología: total de sesiones psicológicas impartidas por mes.
- (6) Sesiones de Psicología: total de sesiones psicológicas impartidas por mes.
- (7) Sesiones rehabilitación y pedagogía: total de sesiones rehabilitación y pedagogía impartidas por mes.
- (8) Computación: número de sesiones de computación impartidas por mes.
- (9) Mecanografía: número de sesiones de mecanografía impartidas por mes.
- (10) Dar sabor: número de sesiones de dar sabor impartidas por mes.
- (11) Estimulación temprana: número de sesiones de estimulación temprana impartidas por mes.
- (12) Estimulación básica: número de sesiones de estimulación básica impartidas por mes.
- (13) Braille: número de sesiones de Braille impartidas por mes.
- (14) Estenografía: número de sesiones de estenografía impartidas por mes.
- (15) Máquinas Perkins: número de sesiones de máquinas Perkins impartidas por mes.
- (16) Orientación y movilidad: número de sesiones de orientación y movilidad impartidas por mes.
- (17) Abaco: número de sesiones de abaco impartidas por mes.
- (18) Actividades de la vida diaria: número de sesiones de actividades de la vida diaria impartidas por mes.
- (19) Sesiones de apoyo pedagógico: total de sesiones de apoyo pedagógico impartidas por mes.
- (20) Preescolar: número de sesiones impartidas a nivel preescolar.
- (21) Primaria: número de sesiones impartidas a nivel primaria.
- (22) Primaria abierta: número de sesiones impartidas a nivel primaria abierta.
- (23) Secundaria integrada: número de sesiones impartidas a nivel secundaria integrada.
- (24) Secundaria abierta: número de sesiones impartidas a nivel secundaria abierta.
- (25) Preparatoria semiescolar: número de sesiones impartidas a nivel preparatoria semiescolar.
- (26) Total de alumnos: total de alumnos atendidos en el centro de atención integral de ciegos y débiles visuales por mes.
- (27) Alumnos preinscritos: total de alumnos atendidos en el centro de desarrollo de habilidades para la vida por mes.
- (28) Total anual: sumatoria del total de cada mes.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
2013								
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	TOTAL ANUAL (28)
Atención a personas con discapacidades								
Audífonos Auditivos (3)								
Constancia de Discapacidad (2)								
Programa de Lentes (3)								
Credenciales (4)								
Centro de Atención Integral de Niños y Adultos Jóvenes								
Área de Psicología (5)								
Sesiones de Psicología (6)								
Sesiones rehabilitación y pedagogía (7)								
Computación (8)								
Mecanografía (9)								
Dar Sabor (10)								
Estimulación Temprana (11)								
Estimulación Básica (12)								
Braile (13)								
Estenografía (14)								
Móvilinas Periféricas (15)								
Orientación y Movilidad (16)								
Abaco (17)								
Actividades de la Vida diaria (18)								
Sesiones de Apoyo Pedagógico (19)								
Preescolar (20)								
Primaria (21)								
Primaria Abierta (22)								
Secundaria Integrada (23)								
Secundaria abierta (24)								
Preparatoria Semiescolar (25)								
Total de alumnos (26)								
Centro de Desarrollo de Habilidades para la Vida para personas con Discapacidad Física e Intelectual (27) Alumnos Preinscritos								

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO"

SERVICIO SOCIAL

- (1) Casa del árbol: cantidad de alumnos que prestan servicio social en este centro.
- (2) DOFYAS: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (3) Voluntariado: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (4) PRODEMFA: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (5) Atención ciudadana: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (6) Servicios alimentarios: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (7) Discapacidad: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (8) Unidad de investigación y enseñanza: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (9) Desarrollo comunitario: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (10) Unidad de planeación: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (11) Dirección administrativa: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (12) Secretaría de gobierno: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (13) Museo La Venta: cantidad de alumnos que prestan servicio social en este museo.
- (14) Dirección de asuntos jurídicos: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.
- (15) RH: cantidad de alumnos que prestan servicio social en esta dirección.

PRACTICAS

- (16) Casa hogar: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en este centro.
- (17) Casa del árbol: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en este centro.
- (18) CAMVI: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en este centro.
- (19) Albergue temporal Isabel de la Parra: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en este centro.
- (20) PRODEMFA: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en esta dirección.
- (21) CENDIS: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en este centro.
- (22) Unidad de investigación y enseñanza: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en esta dirección.
- (23) CAM: cantidad de alumnos que realizan sus prácticas en este centro.

INVESTIGACION Y PROYECTOS

- (24) Escuela para padre: número de pláticas impartidas de este tema.
- (25) Planta potabilizadora discovery: número de pláticas impartidas de este tema.
- (26) Detección de cáncer cervicouterino: número de pláticas impartidas de este tema.
- (27) Observatorio de los derechos de los niños: número de pláticas impartidas de este tema.
- (28) Violentometro: número de pláticas impartidas de este tema.

CAPACITACIONES DE PERSONAL

- (29) Capacitaciones de personal: total de capacitaciones otorgadas en el mes.
- (30) Nombre de la capacitación impartida.
- (31) Cantidad de personas beneficiadas: número de personas beneficiadas con la capacitación impartida.
- (32) Nombre de la capacitación impartida.
- (33) Cantidad de personas beneficiadas: número de personas beneficiadas con la capacitación impartida.
- (34) Nombre de la capacitación impartida.
- (35) Cantidad de personas beneficiadas: número de personas beneficiadas con la capacitación impartida.
- (36) Nombre de la capacitación impartida.
- (37) Cantidad de personas beneficiadas: número de personas beneficiadas con la capacitación impartida.
- (38) Cantidad de personas beneficiadas: total de personas beneficiadas con las capacitaciones impartidas en el mes.

TERAPIAS FAMILIARES

- (39) Terapias familiares: total de terapias familiares otorgadas.
- (40) Fecha de impartición de terapias.
- (41) Total de sesiones impartidas en la fecha indicada.
- (42) Cantidad de personas beneficiadas: total de personas atendidas en las sesiones impartidas.
- (43) Fecha de impartición de terapias.
- (44) Total de sesiones impartidas en la fecha indicada.
- (45) Cantidad de personas beneficiadas: total de personas atendidas en las sesiones impartidas.
- (46) Fecha de impartición de terapias.
- (47) Total de sesiones impartidas en la fecha indicada.
- (48) Cantidad de personas beneficiadas: total de personas atendidas en las sesiones impartidas.
- (49) Fecha de impartición de terapias.
- (50) Total de sesiones impartidas en la fecha indicada.
- (51) Cantidad de personas beneficiadas: total de personas atendidas en las sesiones impartidas.
- (52) Cantidad de personas beneficiadas: total de personas atendidas en el mes.
- (53) Total anual: sumatoria del total de cada mes.
- (54) Observaciones: comentarios de situaciones inusuales presentadas.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO DEL DE TABASCO						
2013						
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL ANUAL (54)
Convenios de colaboración						
Servicio Social						
(1) Casa del árbol						
DOFYAS (2)						
(3) Voluntariado						
PRODEMFA (4)						
(5) Atención Ciudadana						
Servicios Alimentarios (6)						
(7) Discapacidad						
(8) Unidad de Investigación y Enseñanza						
Desarrollo Comunitario (9)						
(10) Unidad de planeación						
Dirección Administrativa (11)						
(12) Museo La Venta						
(13) Dirección de Asuntos Jurídicos						
RH (15)						
Prácticas						
(16) Casa Hogar						
(17) Casa del árbol						
(18) CAMVI						
(19) ALB. TEMP. ISABEL DE LA PARRA						
(20) PRODEMFA						
(21) CENDIS						
(22) Unidad de Investigación y Enseñanza						
(23) CAM						
Investigación y Proyectos						
(24) Escuela para padres						
(25) Planta potabilizadora discovery						
(26) Detección de cáncer cervicouterino						
(27) Observatorio de los derechos de los niños						
(28) Violentometro						
Capacitaciones de personal (29)						
(30)						
(31) Cantidad de personas beneficiadas						
(32)						
(33) Cantidad de personas beneficiadas						
(34)						
(35) Cantidad de personas beneficiadas						
(36)						
(37) Cantidad de personas beneficiadas						
Cantidad de personas beneficiadas (38)						
(39) TERAPIAS FAMILIARES						
(40)						
(41)						
(42) Sesiones impartidas						
(43) Meses 13 de agosto						
(44)						
(45) Cantidad de personas beneficiadas						
(46) Meses 19 de agosto						
(47)						
(48) Cantidad de personas beneficiadas						
(49) Meses 20 de agosto						
(50)						
(51) Cantidad de personas beneficiadas						
(52) Cantidad de personas beneficiadas						

(34)										
(35)	Cantidad de personas beneficiarias									
(36)										
(37)	Cantidad de personas beneficiarias									
(39)	TERAPIAS FAMILIARES									
(42)	(40)								(41)	
(43)	(43)								(44)	
(45)	(45)								(47)	
(46)	(46)								(50)	
(51)	(49)								(50)	
(52)	Cantidad de personas beneficiarias									

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Solicitud de Vacaciones

- 1) Fecha de elaboración de la solicitud
- 2) Nombre completo del trabajador
- 3) Descripción de la categoría del trabajador
- 4) Tipo de plaza del trabajador (Base, Confianza, Lista de Raya y Honorarios)
- 5) Nombre de la unidad administrativa a la que se encuentra asignado el empleado
- 6) Función que le fue asignada al trabajador
- 7) Deberá ser 1er. PERIODO o 2do. PERIODO
- 8) Fecha del primer día que no se presentará a laborar
- 9) Fecha del día que se deberá de presentar a laborar
- 10) Nombre y firma del trabajador solicitante
- 11) Firma de autorización del Director de la unidad administrativa a la que pertenece el trabajador
- 12) Firma del jefe inmediato del trabajador

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Plantilla de Personal para Entrega Recepción

- 1) Número consecutivo
- 2) Nombre paterno del Empleado
- 3) Nombre materno del Empleado
- 4) Nombres del Empleado
- 5) Descripción de la categoría asignada del puesto del empleado
- 6) Tipo de plaza (B=Base, C= Confianza, LR=Lista de Raya, HON=Honorarios, RP=Recursos Propios)
- 7) Sueldo base del empleado
- 8) Sueldo líquido del empleado
- 9) Dirección adscrita presupuestalmente de la categoría asignada al empleado
- 10) Ubicación física del empleado (donde se encuentra laborando)

MINISTERIO DE INICIATIVA PRIVADA
Planta de Personal para Entrega Recepción

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Pase de Salida

- 1) Fecha actual cuando se solicita el pase
- 2) Descripción de la categoría de la plaza (presupuesta) que tiene el empleado
- 3) Nombre completo del empleado
- 4) Nombre de la unidad administrativa a la que se encuentra asignado el empleado
- 5) Horario asignado normal
- 6) Hora de salida solicitado
- 7) Hora de regreso (si va a regresar), si no regresa será SIN REGRESO
- 8) Especificar si el asunto es personal u otra índole
- 9) Nombre y firma del empleado solicitante
- 10) Nombre y firma de quien lo autoriza

DIF. TABASCO	
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	
PASE DE SALIDA	
FECHA: _____ 3)	CATEGORÍA: _____ 3)
NOMBRE: _____ 4)	
UBICACIÓN: _____ 4)	
HORARIO: _____ 5)	HORA DE REGRESO: _____ 7)
ASUNTO: _____ 8)	
SOLICITO _____ 9)	AUTORIZA _____ 10)
NOMBRE Y FIRMA	

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Villahermosa, Tab. A 1)

SOLICITUD DE VACACIONES

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ 2)

CATEGORÍA: _____ 3)

TIPO DE CONTRATACIÓN: _____ 4)

UBICACIÓN: _____ 5)

FUNCIÓN: _____ 6)

PERIODO: _____ 7)

FECHA: _____ 8)

PRESENTARSE EL DIA: _____ 9)

SOLICITANTE

_____ 10)

AUTORIZA: _____ Vo. Bo.

_____ 11) _____ 12)

L.A. MARISOL PÉREZ LEÓN L.A. CLAUDIA BEATRIZ SJÁNEZ CASTILLO

DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS SUBDIRECTORA DE PRESTACIONES Y RELACIONES LABORALES

Calle Manuel A. Romero 1088, Col. Piedad,
C.P. 8620, Villahermosa, Tabasco.
Tel. 3-66-66-56
drcas@idif-tabasco.com

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Concentrado Quincenal de Asistencia

- 1) Nombre del centro asistencia
- 2) Quincena de meses que se reportan las incidencias
- 3) Tipo de plaza del trabajador (Base, Confianza, Lista de Raya y Honorarios)
- 4) Nombre completo del trabajador (en orden alfabético)
- 5) Concepto o incidencia aplicada al trabajador (nomenclaturas al reverso del formato)
- 6) Nombre y firma del administrativo del centro asistencia correspondiente
- 7) Firma del titular del centro asistencia

SOLICITUD DE JUSTIFICACION ENTRADA/SALIDA

DIRECCION ADMINISTRATIVA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: 1)

MIA, CIZTENERIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADRERO Y JOSÉ MARÍA PINO SUIÑEZ

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

L.A. MARISOL PÉREZ LEÓN JEFA DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS PRESENTE

Por esta medio solicito a usted le sea justificada la incidencia siguiente al trabajador:

- Entrada con retardo menor
Entrada con retardo mayor
2) Entrada sin checar en la tarjeta de control de asistencias
Salida checada antes del horario mercado
Salida sin checar en la tarjeta de control de asistencias

Correspondiente al día: 3) y para lo cual entrego:

- Justificante expedido por el ISSET
Otro, especificar:

Sin otro particular, agradezco su atención.

DATOS DEL TRABAJADOR:
Nombre: 5)
Tipo de plaza: 6)
Categoría: 7)
Función: 8)
Área: 9)
Horario: 10)

AUTORIZA

11)

JEFA INMEDIATO.

Calle Manuel A. Romero #203, Col. Penitentes, C.P. 88170, Villahermosa, Tabasco. Tel. 351-10-10 y 351-00-22 rohumadf_isab@hotmail.com

SOLICITUD DE PERMISO ECONOMICO, VACACIONES EXTRAORDINARIAS, MEDIANO Y ALTO RIESGO, ONOMÁSTICO, FALLECIMIENTO DE FAMILIAR, JUSTIFICACION DE GUARDERIA Y/O CASAMIENTO (EN CASAMIENTO POR UNA SOLA VEZ).

VILLAHERMOSA, TAB. A 11)

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO PRESENTE.

POR MEDIO DE LA PRESENTE, ME PERMITO SOLICITAR A USTED TENGA A BIEN AUTORIZARME EL (LOS) DIAS 2) DEL MES 3) DEL AÑO 4) PARA AUSENTARME DE 5) CENTRO AL QUE ME ENCUENTRO ADSCRITO DESEMPEÑANDO MIS LABORES COMO 6) EN UN HORARIO DE 7) A CUENTA DE 8) LO ANTERIOR TODA VEZ QUE ME ES NECESARIO PARA TRATAR ASUNTOS PERSONALES DE SUMA IMPORTANCIA.

AGRADECIENDO DE ANTEMANO LA ATENCION PRESTADA A LA PRESENTE LE DOY LAS GRACIAS.

ATENTAMENTE

SOLICITANTE:

9)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

YoSo

AUTORIZA

10)

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

11)

Calle Manuel A. Romero #203, Col. Penitentes, C.P. 88170, Villahermosa, Tabasco. Tel. 1-86-03-08 rohumadf_isab@hotmail.com

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS Instructivo de llenado del formato Tarjeta de Solicitud de Registro a INFONACOT

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS Instructivo de llenado del formato Solicitud de Permiso Económico, Vacaciones Extraordinarias, Mediano y Alto Riesgo, Onomástico, Fallecimiento de Familiar, Justificación de Guardería y/o Casamiento

- 1) Fecha de elaboración de solicitud
2) El o los número de días (del calendario) que solicita
3) Mes que corresponda a los días que solicita
4) El año que corresponda
5) Lugar o centro donde labora
6) Tipo de solicitud (económicos, vacaciones extraordinarias, alto o mediano riesgo, etc.)
7) El horario que tiene asignado
8) Se deja en blanco.
9) Nombre completo y firma del trabajador solicitante
10) Nombre y firma del jefe inmediato del trabajador
11) Nombre y firma del titular del centro o área quien autoriza

- 1) Fecha de elaboración del formato
2) Nombre completo de la dependencia (razón social)
3) Calle y número de donde se ubica la dependencia
4) Colonia donde se ubica la dependencia
5) Código postal de la ubicación de la dependencia
6) Población donde se ubica la dependencia
7) Estado donde se ubica la dependencia
8) Número telefónico de la dependencia
9) Número de clave asignada por el INFONACOT
10) Nombre completo de la dependencia (razón social)
11) Firma de la subdirectora del área a realizar el trámite (para certificación de la misma)
12) Firma de la directora del área a realizar el trámite (para certificación de la misma)
13) Sello a certificar de la dependencia
14) Firma del Coordinador General de la Dependencia

Nota: los espacios sin número, se dejan sin rellenar.

infonacot **TARJETA DE SOLICITUD REGISTRO DEL CENTRO DE TRABAJO** **infonacot**

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO (asignada por el empleador) _____ FECHA: _____ 1)

NOMBRE COMPLETO DE LA DEPENDENCIA (razón social) _____ 2)

DIRECCIÓN DE LA DEPENDENCIA _____ 3) _____ 4) _____ 5)

DOMICILIO CALLE Y NUMERO _____ 6) _____ 7) _____ 8)

POBLACION/DELEGACION POLITICA _____ ESTADO _____ TELEFONO _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO

FECHA DE PUBLICACION DE LA ESCRITURA PUBLICA _____ 11)

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

AL CLAVE _____ 9) NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL DEL CENTRO DE TRABAJO _____ 10)

FIRMA AUTORIZADA **FIRMA AUTORIZADA** **SELLO DEL CENTRO DE TRABAJO**

_____ 11) _____ 12) _____ 13)

_____ 14)

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Solicitud de afiliación como Centro de Trabajo a INFONACOT

- Número de clave asignado a la dependencia (por el INFONACOT)
- Fecha de elaboración del formato
- Nombre completo de la dependencia (razón social)
- Nombre de la calle donde se ubica la dependencia
- Número de la ubicación de la dependencia
- Nombre de la colonia donde se ubica la dependencia
- Delegación donde se ubica la dependencia
- Estado donde se ubica la dependencia
- Código postal de la ubicación de la dependencia
- Especificaciones entre que calles se ubica la dependencia
- Números de la escritura pública de la dependencia
- Fecha en que se publicó la escritura de la dependencia
- Mediante qué medio se publicó la escritura de la dependencia
- Número de teléfono de la dependencia
- RFC de la dependencia
- Registro patronal
- Cámara a la que pertenece
- Total de trabajadores
- Total de trabajadores de confianza
- Total de trabajadores sindicalizados
- Especificar forma de pago a los trabajadores
- Especificar tipo de nómina
- Nombre del coordinador general de la dependencia
- RFC del coordinador general
- CURP del coordinador General
- Datos de la escritura pública y nombre del Otorgante (del nombramiento del Coordinador General)
- Nombre y Firma del Coordinador General de la Dependencia

Nota: los recuadros sin número quedan sin rellenar.

STPS **INFONACOT** **INFONACOT**

Nombre completo de la dependencia _____ 1) _____ 2)

Clave del centro de trabajo _____ 3)

Dirección de la dependencia _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9)

Domicilio calle y número _____ 10) _____ 11) _____ 12) _____ 13) _____ 14)

Delegación política _____ 15) Estado _____ 16) Teléfono _____ 17)

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Fecha de publicación de la escritura pública _____ 18)

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Formulario de datos personales y laborales

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Solicitud de Empleo

- FOTO: COLOCAR FOTO RECIENTE EN COLOR O BLANCO Y NEGRO TAMAÑO INFANTIL
- APELLIDO PATERNO: ANOTAR CORRECTAMENTE DE ACUERDO A SU ACTA DE NACIMIENTO O CURP
- APELLIDO MATERNO: ANOTAR CORRECTAMENTE DE ACUERDO A SU ACTA DE NACIMIENTO O CURP
- NOMBRE: ANOTAR EL O LOS NOMBRES CORRECTAMENTE DE ACUERDO A SU ACTA DE NACIMIENTO O CURP
- DOMICILIO CALLE Y NUMERO: ANOTAR DOMICILIO ACTUAL
- COLONIA: AL QUE PERTENECE SU DOMICILIO
- C.P.: EL QUE PERTENECE EL DOMICILIO Y COLONIA
- MUNICIPIO: AL QUE PERTENECE SU COLONIA
- TELEFONO PARTICULAR: ANOTAR NUMERO FIJO, EN CASO DE TENER
- CELULAR: ANOTAR NUMERO DE CELULAR CON CLAVE LADA EN CASO DE TENER
- LUGAR DE NACIMIENTO: ANOTAR CORRECTAMENTE DE ACUERDO A SU ACTA DE NACIMIENTO
- NACIONALIDAD: MEXICANA LOS QUE NACIERON EN MEXICO Y EN CASO DE EXTRANJEROS NACIONALIZADO O NATURALIZADO MEXICANO
- ESTADO CIVIL: TACHAR EL RECUADRO DE SOLTERO Y CASADO SI CUENTA CON ACTA DE MATRIMONIO, SOLO EXISTE ESTADO CIVIL SOLTERO O CASADO
- R.F.C. CON HOMOCLOVE: DEBERA ANOTAR SU R.F.C. DE ACUERDO AL DOCUMENTO OTORGADO POR EL SAT
- CURP: ANOTAR SU CURP DE ACUERDO AL DOCUMENTO OTORGADO
- CORREO ELECTRONICO: ANOTAR CORRECTAMENTE SU CORREO EN CASO DE TENERLO
- GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS: ANOTAR GRADO MAXIMO DE ESCOLARIDAD CURSADO, DE ACUERDO A DOCUMENTO OTORGADO POR LA SEP, EN CASO DE NO CONTAR CON EL DOCUMENTO ANOTAR. (SIN ESCOLARIDAD)
- NOMBRE DE LA ESCUELA: ANOTAR EL NOMBRE DE LA ESCUELA EN LA CUAL ESTUDIO (NO APLICA SI ANOTO SIN ESCOLARIDAD)
- FECHA DE TERMINACION: ESPECIFICAR FECHA Y AÑO DE TERMINACION DE ESTUDIOS (NO APLICA SI ANOTO SIN ESCOLARIDAD)
- ESTUDIOS QUE REALIZA ACTUALMENTE: EN CASO DE CURSAR CARRERA ALGUNA
- HORARIO: EN EL CUAL ASISTE A SUS ESTUDIOS QUE ACTUALMENTE REALICE
- GRADO: NIVEL DE ESTUDIOS QUE ACTUALMENTE REALICE

DATOS FAMILIARES:

- 23) PADRE: NOMBRE Y APELLIDO PATERNO Y MATERNO Y/O SI SOLO CUENTA CON UN SOLO APELLIDO
- 24) DOMICILIO: EN EL QUE RADICA EL PADRE
- 25) OCUPACION: AL QUE SE DEDICA EL PADRE
- 26) MADRE: NOMBRE Y APELLIDO PATERNO Y MATERNO Y/O SI SOLO CUENTA CON UN SOLO APELLIDO
- 27) DOMICILIO: EN EL QUE RADICA LA MADRE
- 28) OCUPACION: AL QUE SE DEDICA LA MADRE
- 29) CONYUGUE: NOMBRE Y APELLIDO PATERNO Y MATERNO Y/O SI SOLO CUENTA CON UN SOLO APELLIDO
- 30) DOMICILIO: EN EL QUE RADICA LA CONYUGUE
- 31) OCUPACION: AL QUE SE DEDICA LA CONYUGUE
- 32) HIJOS: NOMBRE Y APELLIDO PATERNO Y MATERNO Y/O SI SOLO CUENTA CON UN SOLO APELLIDO
- 33) SEXO: ANOTAR SI ES FEMENINO O MASCULINO
- 34) FECHA DE NACIMIENTO: DEBERA ANOTAR LAS FECHAS EN QUE NACIERON LOS HIJOS
- 35) EDAD: LOS AÑOS QUE TENGAN AL MOMENTO DE REQUISITAR LA SOLICITUD
- 36) OCUPACION: ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICAN O SI ESTUDIAN

HABILIDADES GENERALES:

- 37) MARQUE CON UNA "X": MARQUE CON "X" LOS RECUADROS, VEHICULO QUE SABE CONDUCIR; MAQUINA DE OFICINA QUE SEPA MANEJAR; OTRAS: ESPECIFICAR

IDIOMAS:

- 38) MARQUE CON UNA "X": MARQUE CON "X" LOS RECUADROS, IDIOMAS INGLES, FRANCES, DIALECTO; (LO HABLA, LEE O LO ESCRIBE: REGULAR, BIEN, MUY BIEN ETC.)

- 39) DESCRIBA LOS TRABAJOS PARA LOS QUE SE SIENTE CAPACITADO: DEBERA DESCRIBIR LOS OFICIOS QUE SABE HACER

- 40) PUEDE VIAJAR: MARCAR CON UNA "X" LOS RECUADROS, SI, NO, RAZON: SOLO CUANDO NO PUEDA VIAJAR

EMPLEOS ANTERIORES; ACTUAL O ULTIMO Y SEGUNDO ANTERIOR:

- 41) EN AMBOS CASOS DEBERA ANOTAR: NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO, DIRECCION Y TELEFONO, NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO, PUESTO DESEMPEÑADO, DESCRIBIR EL TRABAJO REALIZADO, FECHA DE INGRESO, FECHA DE RETIRO, TOTAL DE TIEMPO TRABAJADO, SUELDO INICIAL, SUELDO FINAL Y MOTIVO DE RETIRO.
- 42) FECHA DE ELABORACION DE LA SOLICITUD, DIA MES Y AÑO
- 43) FIRMA DEL SOLICITANTE; RUBRICA O NOMBRE

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
F-DRH-01

SOLICITUD DE EMPLEO

APELLIDO PATERNO (1)		APELLIDO MATERNO (2)		NOMBRE (3)		FOTO	
DOMICILIO CALLE Y NUMERO (5)				CIUDAD (6)		C.P. (7)	
MUNICIPIO (8)		TELÉFONO PARTICULAR (9)		CELULAR (10)		LUGAR DE NACIMIENTO (11)	
NACIONALIDAD (12)		ESTADO CIVIL (13)		SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/>			
R.F.C. CON HOMOCLEAVE (14)		C.U.R.P. (15)		CORREO ELECTRONICO (16)			
GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS (17)				NOMBRE DE LA ESCUELA (18)			
ESTUDIOS QUE REALIZA ACTUALMENTE (19)		FECHA DE TERMINACIÓN (20)		HORARIO (21)		GRADO (22)	

DATOS FAMILIARES

NOMBRE (23)		DOMICILIO (24)		OCUPACIÓN (25)	
PADRE (23)					
MADRE (24)					
CONYUGUE (25)					
HIJOS (26)		SEXO (27)		FECHA DE NACIMIENTO (28)	
1					
2					
3					
4					

HABILIDADES GENERALES: (MARQUE CON UNA X) (29)

VEHICULO QUE SABE CONDUCIR:
 AUTOMOVIL MOTOCICLETA PICK-UP CAMION TRAILER

MAQUINAS DE OFICINA QUE SEPA MANEJAR:
 MAQUINA DE ESCRIBIR CALCULADORA COMPUTADORA

OTRAS ESPECIFIQUE:

IDIOMAS: (Marque con una X) (30)

	HABLA			LEE			ESCRIBE		
	REGULAR	BIEN	MUY BIEN	REGULAR	BIEN	MUY BIEN	REGULAR	BIEN	MUY BIEN
INGLES	<input type="checkbox"/>								
FRANCES	<input type="checkbox"/>								
DIALECTO	<input type="checkbox"/>								

REVISIÓN No. 02
FECHA: 17 de Abril 2012

DESCRIBA LOS TRABAJOS PARA LOS QUE SE SIENTE CAPACITADO: (31)

PUEDE VIAJAR: (32) SI NO RAZON: _____

EMPLEOS ANTERIORES: (33)

RELACIONE LOS ÚLTIMOS EMPLEOS QUE HA DESEMPEÑADO LISTED INCLUYENDO EL ACTUAL:

ACTUAL O ÚLTIMO:

NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO:		DIRECCIÓN Y TELÉFONO:	
NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO:		PUESTO DESEMPEÑADO POR LISTED:	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO:			
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE RETIRO:	TOTAL DE TIEMPO TRABAJADO:	SUELDO INICIAL: SUELDO FINAL:
MOTIVO DE RETIRO:			

SEGUNDO ANTERIOR:

NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO:		DIRECCIÓN Y TELÉFONO:	
NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO:		PUESTO DESEMPEÑADO POR LISTED:	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO:			
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE RETIRO:	TOTAL DE TIEMPO TRABAJADO:	SUELDO INICIAL: SUELDO FINAL:
MOTIVO DE RETIRO:			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENCIDO QUE CUALQUIER FALSIEDAD QUE SE ANUNCIARE EN LOS DATOS DE ESTA SOLICITUD, DARA ORIGEN A LA INMEDIATA CANCELACION DE LA MISMA; Y EN SU CASO LA RESCISION DEL CONTRATO.

VILLAHERRERA, TABASCO, _____ DE _____ (34)

FIRMA DEL SOLICITANTE

- FAVOR DE ANEXAR:**
- 1 ORIGINAL Y COPIA DE CONSTANCIA DE NO INHABILITADO (SOLICITADA POR LA DIRECCION DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SEDOT)
 - 1 ORIGINAL Y COPIA DE CURSOS EN VIGENCIA
 - 1 ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE BUENA SALUD
 - 1 ORIGINAL Y COPIA DE CARTAS DE RECOMENDACION (PROFESIONES SIN SEMESTRE, CON DOS Y MÁS DE TÍT. DE QUÉ LA EXPIDE)
 - 1 FOTOCOPIAS TAMAÑO 3.5X4.5
 - 2 FOTOCOPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO
 - 2 FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO DE GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS
 - 2 FOTOCOPIAS DE LA CENILA PROF. O CARTA DE PAGANTE (PROFESIONES)
 - 2 FOTOCOPIAS DE LA CENILA DE LOS ESTUDIOS
 - 2 FOTOCOPIAS DE LA 1ª Y 2ª HOJA DE LA CARTILLA DEL S.S. (SIN RASGADA, NOMBRE)
 - 2 FOTOCOPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO (PARADOS)
 - 2 FOTOCOPIAS DE LA LICENCIA DE MANEJO ACTUALIZADA (CONDUCTOR)
 - 1 FOTOCOPIAS DEL CURP
 - 1 FOTOCOPIAS DEL R.F.C. CON HOMOCLEAVE
 - 1 COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO DE UN HIJO EN CASO DE TENER HIJOS, NO APLICA HONORARIOS
 - 1 APERTURA DE CUENTA PASADITOS BANAMEX (PROPORCIONAR COPIA DE NUMERO A REGISTROS MURANOS)

REVISIÓN No. 02
FECHA: 17 de Abril 2012

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
 Instructivo de llenado del formato
 Llenado de Formato de Baja o Alta de Pago de Riesgo de Trabajo

- 1) Nombre de la Dependencia.- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco.
- 2) Marcar con una "X" si el movimiento realizado es para dar de baja al trabajador.
- 3) Marcar con una "X" si el movimiento realizado es para dar de alta al trabajador.
- 4) Marcar con una "X" si el trabajador está clasificado con mediano riesgo de trabajo, según la dictaminación de su centro de trabajo, de acuerdo a la minuta autorizada por el DIF-Tabasco.
- 5) Marcar con una "X" si el trabajador está clasificado con alto riesgo de trabajo, según la dictaminación de su centro de trabajo, de acuerdo a la minuta autorizada por el DIF-Tabasco.
- 6) Fecha en la que se realiza el trámite.
- 7) Nombre completo del trabajador.
- 8) Registro federal de causante del trabajador.
- 9) Categoría del trabajador.
- 10) Clave de la categoría del trabajador.
- 11) Clave de adscripción del trabajador.
- 12) Centro de ubicación del trabajador.
- 13) Turno de labores del trabajador.
- 14) Horario de labores del trabajador.
- 15) días de labores del trabajador.
- 16) Firma del propietario de la comisión permanente de seguridad e higiene en el trabajo por parte de la institución.
- 17) Firma del suplente de la comisión permanente de seguridad e higiene en el trabajo por parte de la institución.
- 18) Firma del delegado sindical de mayoría.
- 19) Firma representante sindical de mayoría.

Los siguientes datos son de llenado externo, por parte de personal de la Secretaría de Administración, por lo que no se requiere su cumplimiento.

Nota.- Los datos para el llenado del presente formato deben ser extraídos del último sobre de pago del trabajador.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
 DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE PERSONAL
 DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN, SEGURIDAD E HIGIENE
 FORMATO DE BAJA O ALTA DE PAGO DE RIESGO DE TRABAJO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA		1)	
TIPO DE MOVIMIENTO	BAJA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/>	TIPO DE RIESGO	
	MEIANO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/>		
FECHA EN QUE CAUSA EFECTO EL MOVIMIENTO			
2)			
NOMBRE DEL TRABAJADOR			
7)			
R.F.C.	CATEGORÍA		8)
CLAVE DE LA CATEGORÍA		10)	
CLAVE PROGRAMÁTICA		11)	
ÁREA DE TRABAJO		12)	
TURNO		13)	
HORARIO		14)	
DÍAS LABORABLES		15)	
COMISION PERMANENTE DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO ESTATAL			
LOS INTEGRANTES DE LA PRESENTE COMISION QUE NO CUMPLAN CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL ARTICULO 21 DEL PRESENTE REGLAMENTO DE MANEJO HONESTA E IMPARCIAL, SE LE APLICARAN LAS SANCIONES PREVISTAS EN LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS.			
PROPIETARIO		SUPLENTE	
16)		17)	
DELEGADO		REPRESENTANTE SINDICAL	
18)		19)	
COMISION AJUDICIAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO			
PARA AUTORIZACION			
PROPIETARIO		SUPLENTE	
PROPIETARIO		SUPLENTE	
PROPIETARIO		SUPLENTE	

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
 Instructivo de llenado del formato
 Llenado de Formato de Solicitud de Permiso

- 1) Nombre de la Dependencia.- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco.
- 2) Marcar con una "X" si el movimiento realizado es para realizar una permiso.
- 3) Marcar con una "X" si el movimiento realizado es para que el trabajador pase de mediano a alto riesgo de trabajo.
- 4) Marcar con una "X" si el movimiento realizado es para que el trabajador pase de alto a mediano riesgo de trabajo.
- 5) Fecha en la que se realiza el trámite.
- 6) Nombre completo del trabajador que sale.
- 7) Registro federal de causante del trabajador que sale.
- 8) Categoría del trabajador que sale.
- 9) Clave de la categoría del trabajador que sale.
- 10) Clave de adscripción del trabajador que sale.

- 11) Número de expediente del trabajador que sale.
- 12) Nombre completo del trabajador que entra.
- 13) Registro federal de causante del trabajador que entra.
- 14) Categoría del trabajador que entra.
- 15) Clave de la categoría del trabajador que entra.
- 16) Clave de adscripción del trabajador que entra.
- 17) Número de expediente del trabajador que entra.
- 18) Área de trabajo anterior del trabajador que entra.
- 19) Área actual de trabajo del trabajador que entra.
- 20) Especificación de los motivos por los que se realiza el movimiento.
- 21) Firma del propietario de la comisión permanente de seguridad e higiene en el trabajo por parte de la institución.
- 22) Firma del suplente de la comisión permanente de seguridad e higiene en el trabajo por parte de la institución.
- 23) Firma del delegado sindical de mayoría.
- 24) Firma representante sindical de mayoría.

Los siguientes datos son de llenado externo, por parte de personal de la Secretaría de Administración, por lo que no se requiere su cumplimiento.

Nota.- Los datos para el llenado del presente formato deben ser extraídos del último sobre de pago del trabajador.

SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
 DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE PERSONAL
 DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN, SEGURIDAD E HIGIENE
 SOLICITUD DE PERMISO

Nombre de la dependencia que realiza el movimiento		1)	
TIPO DE MOVIMIENTO	PERMISO <input type="checkbox"/>	DE MEDIANO AL ALTO <input type="checkbox"/>	DE ALTO A MEDIANO <input type="checkbox"/>
Fecha en que causa efecto el movimiento			
2)			
Nombre del trabajador que sale			
R.F.C.	Categoría		Clave de la categoría
7)	8)		9)
Clave programática	Número de expediente		11)
Nombre del trabajador que entra			
R.F.C.	Categoría		Clave de la categoría
12)	13)		14)
Clave programática	Número de expediente		17)
Área anterior	Área actual		18)
Justificación del movimiento			
19)			
COMISION PERMANENTE DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO ESTATAL			
PARA V.O. SA.			
NOMBRE Y FIRMA 17) PROPIETARIO		20) NOMBRE Y FIRMA SUPLENTE	
NOMBRE Y FIRMA 21) DELEGADO		24) NOMBRE Y FIRMA SUPLENTE	
COMISION AJUDICIAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO			
PARA AUTORIZACION			
LIC. CARLOS JIMENA DEL CAMPO MENDIVY PROPIETARIO		LIC. TIBERAS BARRI SERGIO NAJARA SUPLENTE	
TEC. RAUL JUAN CARLOS LERO ROMELION		SRA. RAMONA BARRI COLGADO BARRI SUPLENTE	

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
 Instructivo de llenado del formato
 Llenado de Formato de Recorrido Trimestral por los Centros de Trabajo de la Comisión Permanente

- 1) Nombre de la Dependencia.- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco.
- 2) Nombre del centro en el que se realiza el recorrido.
- 3) Fecha en la que se realiza el recorrido.
- 4) Período al que corresponde el recorrido.
- 5) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar cuenta con suficientes extintores.
- 6) Colocar el número de extintores con que cuenta el centro a evaluar.
- 7) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar no cuenta con suficientes extintores.
- 8) Explicar por qué se considera que el centro a evaluar no cuenta con suficientes extintores.
- 9) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar cuenta con extintores en buenas condiciones.
- 10) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar cuenta con extintores en malas condiciones.
- 11) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar cuenta con extintores en regulares condiciones.
- 12) Especificar el número de extintores que se encuentran caducados.
- 13) Especificar el número de extintores que se encuentran sin caducar.
- 14) Especificar la fecha de caducidad de los extintores.
- 15) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar cuenta con salida de emergencia libre de obstáculos.
- 16) Marcar con una "X" si se observa que el centro a evaluar no cuenta con salida de emergencia libre de obstáculos.
- 17) Explicar por qué se considera que el centro a evaluar no cuenta con salida de emergencia libre de obstáculos.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y DESARROLLO DE PERSONAL
UNIDAD DE OPERACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE PERSONAL
RECORDARIO TRIMESTRAL POR LOS CENTROS DE TRABAJO DE LA COMISIÓN PERMANENTE PERIÓDICO

1
2
3
4

COMISION PERMANENTE DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO ESTATAL

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO (63)

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPLENTE (61)

NOMBRE Y FIRMA DEL DELEGADO (64)

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPLENTE SINDICAL (65)

NARRACION DEL ACCIDENTE

11)

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y FINANZAS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
RECEPCIÓN-DEVOLUCIÓN DE DOCUMENTOS F-DPyF-06

- Número consecutivo del folio.
- Selección con una (X) el tipo de trámite que corresponda: (movimientos presupuestal, solicitud de abastecimiento, compra directa, fondo revolving, orden de trabajo y/o servicio, solicitud de cheque y viáticos).
- Fecha de la solicitud correspondiente.
- Número de solicitudes correspondientes.
- De forma descriptiva el motivo de la devolución del (o) los documentos.
- De forma descriptiva el motivo de la devolución en caso de solicitud de cheque.
- Selección si es (validación/ compromiso).
- Número de contrarecibo.
- Fecha de recepción del documento.
- Fecha de entrega del documento.
- Hora de recepción del documento.
- Hora de la entrega de documento.
- Nombre quien recibe el documento.
- Nombre de la Dirección solicitante.
- Nombre de la Dirección quien recibe el documento.
- Fecha actual del documento que es recibido por la dirección solicitante.
- Hora actual que se recibe el documento por la dirección solicitante.

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
Instructivo de llenado del formato
Llenado de Acta Circunstanciada para Reporte de Accidentes

- Municipio.- Centro-
- Día.- Colocar la fecha en que se realiza el acta.
- Mes.- Colocar el mes en que se realiza el acta.
- Nombre de la Dependencia.- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco.
- Centro de trabajo.- Nombre del centro en el que sucedió el accidente.
- Fecha del accidente.- Fecha en la que sucedió el accidente.
- Área del accidente.- Área en la que sucedió el accidente.
- Nombre del trabajador.- Nombre completo del trabajador accidentado.
- Categoría.- Categoría del trabajador accidentado.
- Número de expediente.- Número del expediente del trabajador accidentado.
- Narración del accidente.- Deberá explicar las circunstancias en las que se suscitó el accidente.

ACTA CIRCUNSTANCIADA PARA REPORTE DE ACCIDENTES

En el Municipio de _____ 1) _____ del Estado de Tabasco., el día _____ 2) _____ de _____ 3) _____ del año 2011.

ACUERDO UNICO

En base a lo establecido en el Artículo 21, Fraco. VII. Del Reglamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo, se procede hacer del conocimiento a la Comisión Auxiliar, por medio del Acta Circunstanciada de Accidente para los fines que considere necesario.

DEPENDENCIA	4)
CENTRO DE TRABAJO	5)
FECHA DEL ACCIDENTE	6)
AREA DEL ACCIDENTE	7)
NOMBRE DEL TRABAJADOR	8)
CATEGORIA	9)
NUMERO DE EXPEDIENTE	10)



Tipo de Trámite	Fecha	No. De Solicitud(es)
Movimiento Presupuestal ()		
Solicitud de Abastecimiento ()		
Compra Directa ()		
Fondo Revolving ()		
Orden de Trabajo y/o Serv. ()		
Solicitud de Cheque ()		
Viáticos ()		

Motivo de la Devolución

5)

Motivo de la Devolución en Caso de Solicitud de Cheque

6)

Validación/ Compromiso: _____ 7) 8)

Contrarecibo: _____

Fecha Recepción: _____ 9) Recepción de la DPyF

Hora: _____ 11)

Fecha Entrega: _____ 10)

Recibe: _____ 13)

Hora: _____ 12)

U.A. Solicitante: _____ 14)

Recibe: _____ 15)

Fecha: _____ 16)

Hora: _____ 17)

Paso 1 de 2 para la captura y elaboración de documentos financieros (M. R., O. P., C. R. Y. C.V.)

1. 1. Captura de Facturas

1.1.2. Aprobación de la Factura

Paso 2 de 2

2.1.1. Captura del documento financiero

2.1.2. Aprobación del documento financiero

FIN

GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
ORDEN DE PAGO
GASTO DE CAPITAL

Página 1 de 1

FECHA (DD / MM / AÑO)	NOMBRE DEL RUBRO	FINANCIACION	CLASIFICACION CONTABLE	PRESUPUESTAL
A.F.A.		DESCRIPCION		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE EMITE		DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RECIBE		
CONCEPTO:		CLAVE NOMBRE		
Documento Invalido				
CONTINUA				

LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE AMPARA ESTA ORDEN DE PAGO SE CONSERVA EN LA ENTIDAD EMISORA, DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 30 DE LA LEY ESTATAL DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO PUBLICADA EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO DE TABASCO, SUPLEMENTO 6085 DEL 30 DE DICIEMBRE DE 2000.

INSTRUMENTACIÓN, IMPRESIÓN Y FRENTE	IMPORTE PRESUNTO	IMPORTE PRESUNTO
-------------------------------------	------------------	------------------

GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
DIF

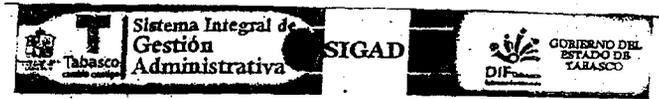
RELACION DE LA DOCUMENTACION REPORTE BAJO RESGUARDO DE LA DEPENDENCIA

Página 1 de 1

DOCUMENTACION QUE CORRESPONDE AL ORDEN DE PAGO: _____ COMPROBACION DE RECURSOS: _____

DEPENDENCIA ()	CANJE DE VALES ()	CLASIFICACION FINANCIERA	PROVEEDOR ()	CLASIFICACION CONTABLE	A. DE VALES ()
GASTO CORRIENTE ()	INVERSION ()	INCLUIR EN LA RELACION QUE INCLUIR EN LA RELACION			
Documento Invalido					
FORMA DE PAGO			COORDINACION DE ADMINISTRACION O SU EQUIVALENTE		

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "CONTRARECIBO" EN EL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA (SIGAD)



Acceso al SIGAD

Usuario: _____

Contraseña: _____

Presupuesto: 2013

Entrar

Los usuarios están en Mayaguez. La centralita es gratuita a Mayaguez y Minicel.

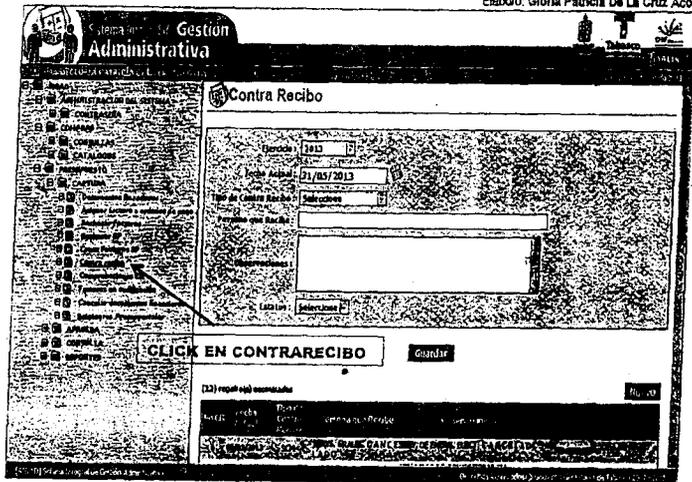
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
SIGAD - Oficina de Recursos Humanos del Estado de Tabasco

<http://192.168.1.115:9000/sigad/index.do>

18/10/2013

Manual Del Sistema Integral de Gestión Administrativa SIGAD.
Elaboró: Gloria Patricia De La Cruz Acosta.

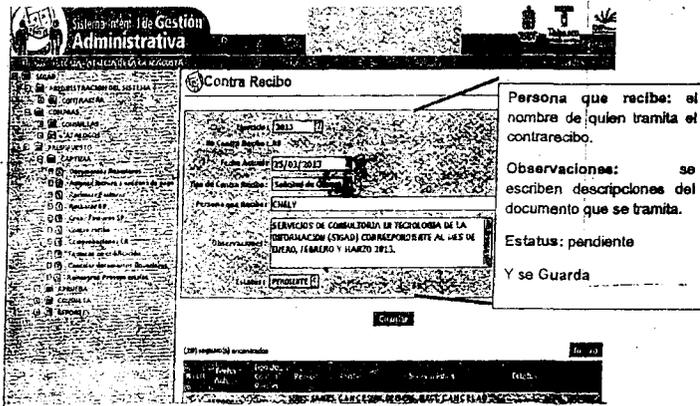
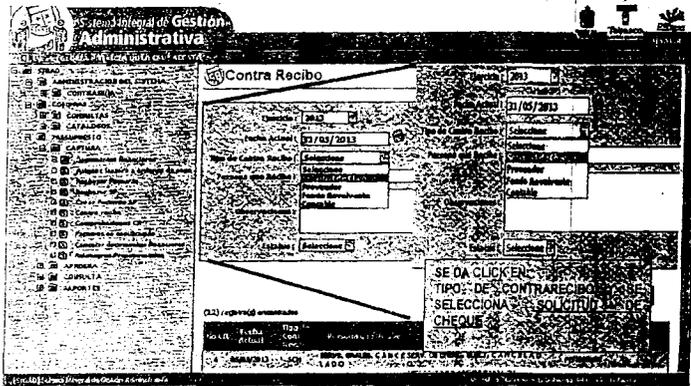


En la pestaña **contrarecibos** se encuentran los tipos de documentos CR(CONTRARECIBOS) que puedes elaborar:

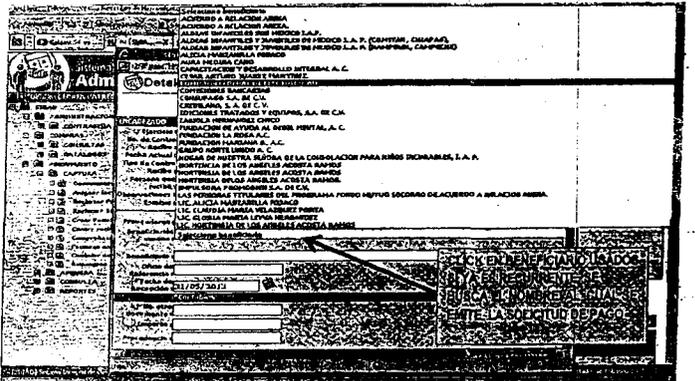
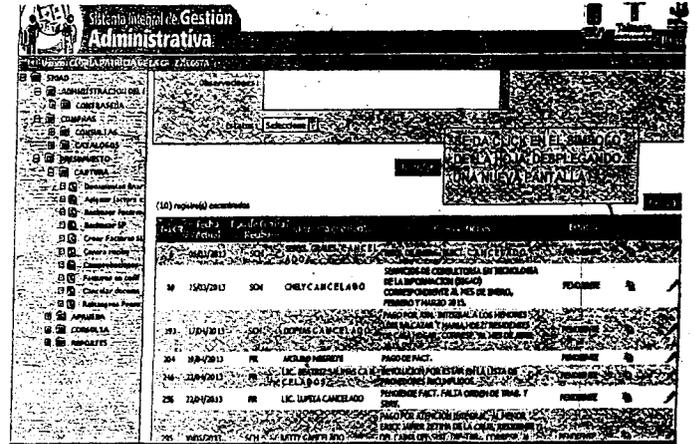
- **solicitud de cheque o de pago** como se le conoce actualmente, se trata de un documento donde se solicita el pago de un gasto ya sea de algún servicio(Luz, Agua, teléfono) o de algún viatico o nomina (Anexo1)
- **Proveedores:** se elabora **contrarecibo** para el trámite del pago de facturas de proveedores autorizados los cuales surtieron un bien o un servicio, ya sea de compra directa o concurso, y que compras con anticipación tramitó y comprometió en el área de programación
- **Contables:** documento de proveedores que brindaron algún bien o préstamo al personal de base o de confianza.
- **AUNQUE EL SISTEMA CUENTA CON MAS OPCIONES, ESTE MANUAL ESTA DESARROLLADO SOLO PARA LA ELABORACION DE CONTRARECIBOS (CR)**

Manual Del Sistema Integral de Gestión Administrativa SIGAD.
Elaboró: Gloria Patricia De La Cruz Acosta.

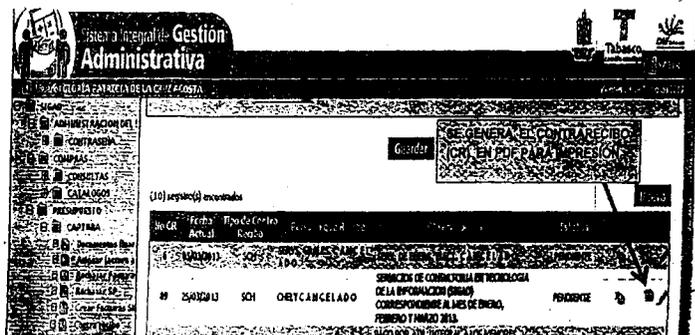
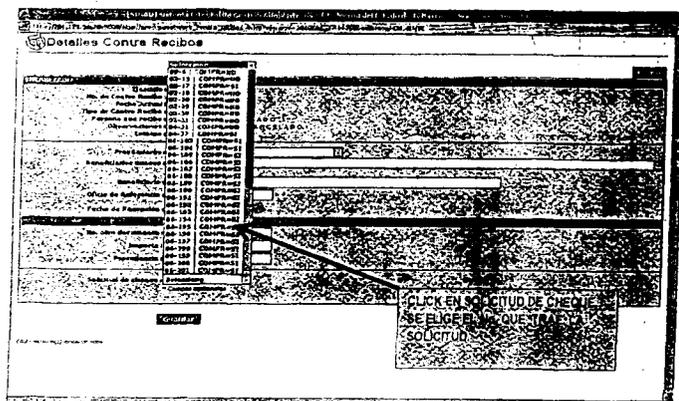
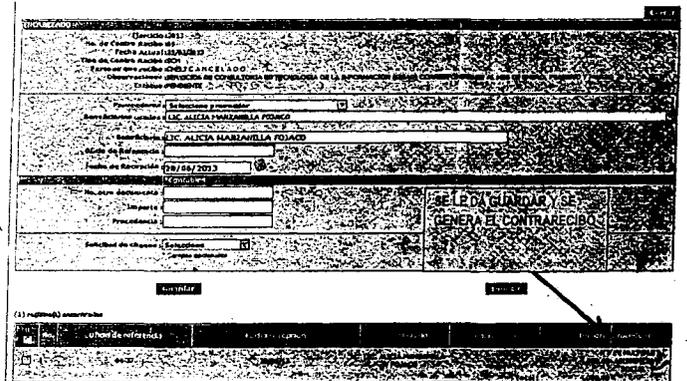
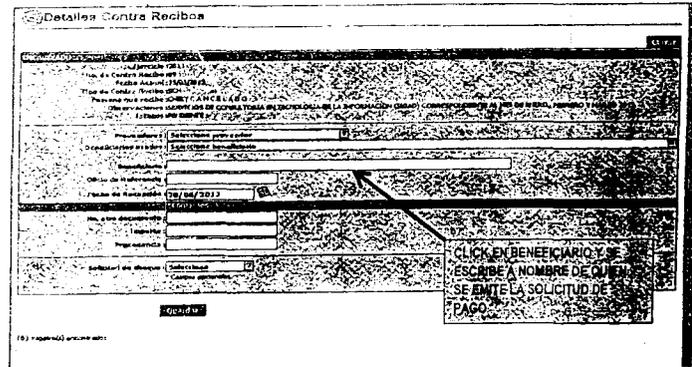
Manual Del Sistema Integral de Gestión Administrativa SIGAD.
Elaboró: Gloria Patricia De La Cruz Acosta.



Manual Del Sistema Integral de Gestión Administrativa SIGAD.
Elaboró: Gloria Patricia De La Cruz Acosta.



Manual Del Sistema Integral de Gestión Administrativa SIGAD.
Elaboró: Gloria Patricia De La Cruz Acosta.



21. Participación	Anotar de acuerdo con el catálogo de tipo de participación.
22. Línea de Acción, Objetivo, Página y Párrafo del PLED	Anotar la clave de la línea de acción según el catálogo de ejes transformadores, subejes transformadores, objetivos, estrategias y líneas de acción, de la cual se desprende el proyecto, así como el número de la página y párrafo del PLED, del cual el sistema automáticamente vinculará el objetivo correspondiente.
23. Empleos Eventuales / Empleos Permanentes	Anotar el número de empleos a generar por cada tipo (eventuales y/o permanentes).
24. Proyectos complementarios	En este campo se citan los proyectos que se correlacionen entre sí para formar parte integral de un proyecto mayor.
25. Costo Total	Anotar el total del costo del proyecto aún cuando no se vaya a concluir en el ejercicio fiscal correspondiente.
26. Inversión Anterior	Anotar lo que se haya ejercido en ejercicios fiscales anteriores para este mismo proyecto.
27. Inversión Programada	Anotar el monto que se requiere para el ejercicio fiscal para el que se programa el proyecto o alguna de sus etapas.
28. Inversión Pendiente	Anotar el monto que se requerirá para continuar o concluir el proyecto en posteriores ejercicios fiscales.
29. Modalidad de Ejecución	Anotar la modalidad que corresponde de acuerdo a los conceptos que aparecen en el catálogo de modalidad de ejecución.
30. Fecha de Inicio / Fecha de Término	Anotar la fecha en que se autoriza y de inicio la ejecución del proyecto, así como la fecha en que se concluya la ejecución del proyecto.
31. Unidad de Medida y Metas (anterior, programada y pendientes y totales)	Anotar del catálogo de unidades de medida la clave y nombre correspondiente. Enumerada la cantidad de metas que se hubieran alcanzado en ejercicios anteriores (si el proyecto está en proceso), las que se están programando para el ejercicio y las que quedarían pendientes de realizar si este proyecto fuera una de las etapas del proyecto completo. Las metas totales reflejarán la sumatoria de todas las metas mencionadas.
32. Beneficiarios Hombres/ Mujeres Total	Anotar el número de hombres beneficiados y mujeres beneficiadas, anotando posteriormente en el total la sumatoria de ambos.
33. Calendario de Metas Porcentuales	Anotar la distribución porcentual de las metas a alcanzar en el periodo para el que se está programando, de acuerdo con las fechas de inicio y término, mes por mes.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO (SIGG)

1. Oficio de Autorización:	Anotar, el número de oficio de autorización en el que la Secretaría de Planeación y Finanzas autoriza el proyecto
2. Sector:	Anotar la clave y nombre de acuerdo con el catálogo de sectores y subsectores.
3. Dependencia:	Anotar la clave y nombre de la dependencia de gobierno ejecutora, de acuerdo a la Clasificación Administrativa.
4. Fuente de Financiamiento:	Describir el origen de los recursos, de acuerdo al catálogo. (Recursos Estatales, Recursos Federales, Ramo General 33) de acuerdo al catálogo.
5. Programa:	Describir el nombre del programa, de acuerdo al Catálogo Establecido.
6. Subprograma:	Describir el nombre del Subprograma de acuerdo al Catálogo Establecido.
7. Unidad Responsable:	Anotar la unidad responsable, de acuerdo al Catálogo Establecido.
8. Nombre del Proyecto:	Describir de manera objetiva, precisa y concisa el nombre del mismo (Nominativo, no descriptivo).
9. Ubicación:	Es el lugar donde se realizará la obra, acción y/o servicio solicitado. Se deberá especificar el Municipio y la Localidad. De acuerdo a los Catálogos establecidos.
10. Inversión:	Es el importe que las Dependencias de la Administración Estatal proponen para la realización de una acción y/o servicio o la construcción, ampliación, mantenimiento y conservación de obras públicas. Anotar la cantidad o monto a invertir en la obra, acción o servicio.
11. Modalidad de ejecución:	Si la Obra, Acción o Servicio será por Contrato, Administración o convenio de acuerdo al catálogo.
12. Metas:	Es la cuantificación en unidades de medida del proyecto a realizar, las cuales deben ser específicas no genéricas, de acuerdo al catálogo.
13. Fecha de Inicio y Término:	Periodo en el cual se ejecutará la obra, acción o servicio (mes y año).
14. Beneficiarios directos:	En este espacio se seleccionarán los grupos sociales que recibirán los mayores beneficios del proyecto. ¿A quiénes? Y ¿Cuántos?
15. Objetivo:	Es la definición de lo que el programa pretende alcanzar con el proyecto (Obra Pública, Acción y/o Servicio). Se construye dando respuesta al ¿qué? se tiene que hacer para contribuir al logro del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
16. Justificación:	Responde al ¿por qué? se debe realizar el proyecto programado.
17. Mecánica Operativa:	En este apartado la unidad responsable deberá de citar el procedimiento que usará para realizar el proyecto, es decir, responde al ¿Cómo? va a ejecutar el proyecto.
18. Descripción:	Las unidades responsables en este apartado, describirán en qué consiste el proyecto programado. Información que permite conocer con mayor detalle los alcances del mismo.

GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO

CEDULA BÁSICA

FORMA 1

Oficio de autorización: 1

Dependencia: 2
Proyecto: 3

Función:	4
Subfunción:	5
Sector:	6
Subsector:	7
Prog. Pterio.:	8
Subprograma:	9
Act. Institucionales:	10
Unidad:	11
Localidad:	12
Municipio:	13

Prioridad:	14	Clasificación:	15	Forma de Financiamiento:	16	Procedencia:	17
------------	----	----------------	----	--------------------------	----	--------------	----

Antecedente:	18	Tipo de Proyecto:	19
--------------	----	-------------------	----

Oficio del Recurso:	20	Participación:	21
---------------------	----	----------------	----

Objetivo:	22
Página:	22
Párrafo:	22

Empleos Eventuales:	23	Empleos Permanentes:	23	Proyectos Complementarios:	24
---------------------	----	----------------------	----	----------------------------	----

Costo Total:	25
--------------	----

Inversión Anterior:	26	Inversión Programada:	27	Inversión Pendiente:	28
---------------------	----	-----------------------	----	----------------------	----

Modalidad de ejecución:	29	Fecha Inicio:	30	Fecha Término:	30
-------------------------	----	---------------	----	----------------	----

Metas Totales:			31
Unidad de Medida:	31	Anterior:	31
		Programada:	31
		Pendiente:	31
BENEFICIARIOS (Total):		32	Hombres:
			Mujeres:

Calendario de Metas Porcentuales											
33											
Ene:	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:	Jul:	Ago:	Sept:	Oct:	Nov:	Dic:

Gobierno del Estado de Tabasco

Oficio de autorización: 1

Sector: 2

Dependencia: 3

Expediente Técnico

2013 El año lo asigna el sistema

Fuente de Financiamiento: 4

Programa: 5

Subprograma: 6

Unidad Responsable: 7

Nombre del Proyecto: 8

Ubicación: 9

Inversión: 10

Modalidad de Ejecución: 11

Metas: 12

Fecha de Inicio: 13

Fecha de Término: 13

Oficio de autorización: 1

Beneficiarios directos 14

Ciudadanos o Grupos Sociales que se beneficiarán con el proyecto

Grupo social	Cuántos	Grupo social	Cuántos	Grupo social	Cuántos
Población en general	<input type="checkbox"/>	Empleados	<input type="checkbox"/>	Ancianos	<input type="checkbox"/>
Comerciantes	<input type="checkbox"/>	Transportistas	<input type="checkbox"/>	Discapacitados	<input type="checkbox"/>
Intelectuales	<input type="checkbox"/>	Servidores públicos	<input type="checkbox"/>	Agricultor, ganadero y pescadores	<input type="checkbox"/>
Obreros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Grupos étnicos	<input type="checkbox"/>
Médicos y trabajadores de la salud	<input type="checkbox"/>	Jóvenes	<input type="checkbox"/>	Empresarios	<input type="checkbox"/>
Profesionales y técnicos	<input type="checkbox"/>	Niños	<input type="checkbox"/>	Hombres	<input type="checkbox"/>

Otros:

Objetivo: 15

Justificación: 16

Mecánica Operativa: 17

Oficio de autorización: 1

Descripción: 18

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE OFICIO DE COMISION

FORMATO: F-10

1. NUM:	Consecutivo asignado por el responsable de realizar el trámite, de las diversas unidades administrativas
2. Lugar de la comisión:	Anotar el lugar en donde se llevará a cabo la comisión, si es dentro del municipio, estado, país o extranjero
3. Fecha:	Fecha de elaboración del documento.
4. Dependencia:	Anotar la clave y nombre de la dependencia de gobierno ejecutora, de acuerdo a la Clasificación Administrativa.
5. Unidad Administrativa:	Anotar el nombre de la unidad administrativa responsable del proyecto, de acuerdo a la Clasificación Administrativa.
6. Clave unidad administrativa:	Anotar la clave de la unidad administrativa responsable del proyecto, de acuerdo a la Clasificación Administrativa.
7. Clave del proyecto:	Anotar, el número del proyecto a afectar
8. Partida presupuestal:	Anotar la clave de la partida a afectar con la comisión
9. Nombre y cargo del comisionado:	Anotar el nombre y cargo de la persona comisionada
10. Descripción de los trabajos a realizar:	Detallar el concepto de los trabajos a realizar durante la comisión
11. Tipo de comisión:	Seleccionar el tiempo que durará la comisión (menor a 24 hrs o mayor a 24 hrs)
12. Mando	Seleccionar el mando al que corresponde el comisionado de acuerdo a su categoría (operativo, medio, superior)
13. Fecha de la comisión:	Especificar la fecha de inicio y término de la comisión, así como el total de días de la comisión
14. Medio de transporte:	Señalar cuál será el medio de transporte que se utilizará en la comisión (terrestre, aéreo, otro)
15. Vehículo oficial:	Especificar los datos del vehículo en el que se trasladaran a la comisión cuando el medio de transporte sea terrestre (placas, marca, no. Económico)
16. Importe:	Anotar el monto del viático y/o gastos de camino con número y letras
17. Solicitó:	Anotar Nombre, firma y cargo del solicitante de la unidad administrativa correspondiente
18. Autorizó:	Anotar Nombre, firma y cargo del Coordinador General en donde autoriza se lleve a cabo la comisión
19. Vo.Bo.	Anotar Nombre, firma y cargo de la Unidad administrativa de dar su Visto Bueno para que se realice la comisión
20. Comisionado:	Anotar Nombre, firma y cargo de la persona comisionada
21. Informe de la comisión:	Describir detalladamente las actividades realizadas durante la comisión
22. Firma del comisionado:	Firma del comisionado en donde confirma las actividades que realizó durante la comisión



F - 10

OFICIO DE COMISION

Dependencia: 4
 Unidad Administrativa: 5
 Clave de la Unidad Administrativa: 6 Clave del Proyecto: 7 Partida Ptal: 8

NOMBRE DEL COMISIONADO: 9
 CARGO: 9
 PRESENTE.

Por medio del presente me dirijo a usted para comunicarle que deberá llevar a cabo la siguiente comisión:

10

TIPO DE COMISION: 11 Menor a 24 Horas () Mayor a 24 Horas ()
 MANDO: 12 Operativo () Medio () Superior ()
 FECHA DE COMISION: Inicio 13 Termina 13 Total días 13
 MEDIO DE TRANSPORTE: 14 Terrestre: () Aéreo: () Otro: ()
 VEHICULO OFICIAL: 16 PLACAS Merca No. Económico
 Recibi la cantidad de: 16 Par concepto de viáticos y/o gastos de camino.

Solicitó	Autorizó	Vo. Bo.	Comisionado
17	18	19	20

INFORME DE LA COMISION

21
 Firma del Comisionado: 22

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE SOLICITUD DE PAGO

FORMATO: F-UPEF-01

1. NO:	Consecutivo asignado automáticamente por el sistema de acuerdo a las solicitudes realizadas por las diversas unidades administrativas
2. Fecha	Fecha de elaboración del documento, le asigna automáticamente el sistema
3. Proyecto	Anotar, el número del proyecto a afectar
4. Partida:	Anotar la clave de la partida a afectar con la solicitud
5. Fuente de Financiamiento	Anotar de la clave de acuerdo con el catálogo correspondiente, si el recurso proviene de recursos Estatales o Federales como el Ramo 33, de acuerdo al catálogo de fuente de financiamiento.
6. Fecha:	Anotar la fecha para la cual se requiere se efectúe el pago
7. Cantidad:	Anotar el importe con número y letra que se requiere pagar.
8. A nombre de:	Anotar el nombre o razón social a quien se dirige el pago
9. Por el siguiente concepto:	Anotar detalladamente la descripción por lo cual se está solicitando el pago
10. Documentos anexo:	Anotar toda la documentación soporte que se anexa a la solicitud para que se compruebe el pago
11. Solicitó:	Nombre, firma y cargo del responsable de la unidad administrativa solicitante
12. Autorizó:	Nombre, firma y cargo del responsable de la unidad administrativa que autoriza se realice dicho pago
13. Sello	Colocar el sello por la Dirección de Planeación y Finanzas cuando se capture el compromiso en el sistema SIGAD como referencia que el recurso está disponible para ser afectada por la dirección correspondiente.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO
SOLICITUD DE PAGO

Válidos/Servicios/Apoyos Sociales/Comisiones Bancarias/Pasajes Aéreos
F-UPEF-01

PROYECTO	PARTIDA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO - PROCEDENCIA
3	4	5

NO:	1
FECHA:	2

13

SELLO

El suscrito del (a) titular lo asigna al sistema
DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN Y FINANZAS

PRESENTE

Por medio de la presente, me pongo a solicitar a usted, que me autorice a quien corresponda para que se retire cheque, por el día: 6

Por la Cantidad de: 7

A nombre de: 8

Por el siguiente concepto: 9

Documentos Anexos: 10

Nota: En caso de realizar trámite en formato original, cuente con 3 días hábiles para la presentación de los mismos.

SOLICITO	AUTORIZO
11	12

APORTE: El sistema asigna el nombre del usuario
Inventariar en el
FICHA: 17 de febrero 2013

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE SOLICITUD DE PAGO
FORMATO: F-UPEF-01

1. NO:	Consecutivo asignado automáticamente por el sistema de acuerdo a las solicitudes realizadas por las diversas unidades administrativas
2.Fecha	Fecha de elaboración del documento, lo asigna automáticamente el sistema
3. Proyecto	Anotar, el número del proyecto a afectar
4. Partidas	Anotar la clave de la partida a afectar con la solicitud
5. Fuente de Financiamiento	Anotar de la clave de acuerdo con el catálogo correspondiente, si el recurso proviene de recursos Estatales o Federales como el Ramo 33, de acuerdo al catálogo de fuente de financiamiento.
6. Fecha:	Anotar la fecha para la cual se requiere se efectúe el pago
7. Cantidad:	Anotar el importe con número y letra que se requiere pagar.
8. A nombre de:	Anotar el nombre o razón social a quien se dirige el pago
9. Por el siguiente concepto:	Anotar detalladamente la descripción por lo cual se está solicitando el pago
10. Documentos anejos:	Anotar toda la documentación soporte que se anexa a la solicitud para que se compruebe el pago
11. Solicitá:	Nombre, firma y cargo del responsable de la unidad administrativa solicitante
12. Autorizá:	Nombre, firma y cargo del responsable de la unidad administrativa que autoriza se realice dicho pago
13. Sello	Colocar el sello por la Dirección de Planeación y Finanzas cuando sea capturado el comprobante en el sistema SIGAD como referencia que el recurso está disponible para ser efectuada por la dirección correspondiente.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO
SOLICITUD DE PAGO

Válidos/Servicios/Apoyos Sociales/Comisiones Bancarias/Pasajes Aéreos
F-UPEF-01

PROYECTO	PARTIDA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO - PROCEDENCIA
3	4	5

NO:	1
FECHA:	2

13

SELLO

El suscrito del (a) titular lo asigna al sistema
DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN Y FINANZAS

PRESENTE

Por medio de la presente, me pongo a solicitar a usted, que me autorice a quien corresponda para que se retire cheque, por el día: 6

Por la Cantidad de: 7

A nombre de: 8

Por el siguiente concepto: 9

Documentos Anexos: 10

Nota: En caso de realizar trámite en formato original, cuente con 3 días hábiles para la presentación de los mismos.

SOLICITO	AUTORIZO
11	12

APORTE: El sistema asigna el nombre del usuario
Inventariar en el
FICHA: 17 de febrero 2013

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA BÁSICA (SIGAD)

1. Oficio de Solicitud	Anotar, el número de oficio de solicitud en el que se requiriera la Cédula Básica.
2. Oficio de Aprobación	Anotar, el número de oficio de solicitud ante la Secretaría de Planeación y Finanzas
3. Oficio de Autorización	Anotar, el número de oficio de autorización de la Secretaría de Planeación y Finanzas
4. Dependencia	Anotar la clave y nombre de la dependencia de gobierno ejecutivo, de acuerdo a la Clasificación Administrativa.
5. Unidad Responsable	Anotar la clave y nombre de la unidad administrativa responsable del proyecto, de acuerdo a la Clasificación Administrativa.
6. Clasificación	Anotar de acuerdo con el catálogo clasificación económica del gasto.
7. Fuente de Financiamiento	Anotar de acuerdo con el catálogo correspondiente, si proviene de recursos Estatales o Federales como el Ramo 33, de acuerdo al catálogo de fuente de financiamiento.
8. Procedencia	Anotar en forma específica, el origen de los recursos, de acuerdo al catálogo de fuente de financiamiento
9. Ciclo del Recurso	Anotar el ejercicio fiscal del que proviene el financiamiento de acuerdo al catálogo de ciclo del recurso.
10. Participación	Anotar de acuerdo al catálogo de tipo de participación.
11. Sector	Anotar la clave y nombre de acuerdo al catálogo de sectores y subsectores.
12. Subsector	Anotar la clave y nombre de acuerdo al catálogo de sectores y subsectores.
13. Finalidad	Anotar la clave y nombre de acuerdo al catálogo de finalidad, función y subfunción.
14. Función	Anotar la clave y nombre de acuerdo con el catálogo de finalidad, función y subfunción.
15. Subfunción	Anotar la clave y nombre de acuerdo con el catálogo de finalidad, función y subfunción.
16. Programa	Anotar la clave y nombre de acuerdo con el catálogo de programas presupuestarios.
17. Actividad	Anotar la clave y nombre de acuerdo con el catálogo de Actividades
18. Proyecto	Anotar la clave o número y nombre del proyecto de manera objetiva, precisa y concisa el nombre, del mismo (nominal, no descriptivo). La descripción del Proyecto se realiza en el Expediente Técnico.
19. Tipo de Proyecto	Anotar de acuerdo al catálogo de tipo de proyecto (sección de fomento, obra pública, etc.)
20. Antecedente	Anotar de acuerdo al catálogo de antecedentes si se trata de proyectos frecuentes y productos de sufrido o recursos no ejercidos y que recibieron autorización para ejercerse en el periodo.
21. Prioridad	La priorización de los proyectos es hacia el interior de los subprogramas. En este apartado deberá anotar la Jerarquización de los proyectos dentro de cada subprograma (del 1 al "n").
22. Proyectos complementarios	En este campo se citan los proyectos que se correlacionan entre sí para formar parte integral de un proyecto macro.
23. Municipio	Anotar clave y nombre de acuerdo al catálogo de Municipios y Localidades.
24. Localidad	Anotar clave y nombre de acuerdo al catálogo de Municipios y Localidades.
25. Línea de Acción, Objetivo, Página y Párrafo del PLED	Anotar la clave de la línea de acción según el catálogo de ejes transformadores, subejes transformadores, objetivos, estrategias y líneas de acción, de la cual se desprende el proyecto, así como el número de la página y párrafo del PLED, del cual el sistema automáticamente vinculará el objetivo correspondiente.
26. Costo total	Anotar el total del costo del proyecto sin cuando no se vaya a concluir en el

	ejercicio fiscal correspondiente.
27. Inversión Anterior	Anotar lo que se haya ejercido en ejercicios fiscales anteriores para este mismo proyecto.
28. Inversión Programada	Anotar el monto que se requiere para el ejercicio fiscal para el que se programa el proyecto o alguna de sus etapas.
29. Inversión Pendiente	Anotar el monto que se requerirá para continuar o concluir el proyecto en posteriores ejercicios fiscales.
30. Modalidad de Ejecución	Anotar la modalidad que corresponde de acuerdo a los conceptos que aparecen en el catálogo de modalidad de ejecución.
31. Fecha de Inicio / Fecha de Término	Anotar la fecha en que se autoriza y da inicio la ejecución del proyecto, así como la fecha en que se concluye la ejecución del proyecto.
32. Inversión actual	Anotar el monto del proyecto actual cuando éste haya tenido adecuaciones presupuestales.
33. Unidad de Medida y Metas (anterior, programada y pendientes y totales)	Anotar del catálogo de unidades de medida la clave y nombre correspondiente. Ensaye la cantidad de metas que se hubieran alcanzado en ejercicios anteriores (si el proyecto está en proceso), las que se están programando para el ejercicio y las que quedarían pendientes de realizar si este proyecto fuera una de las etapas del proyecto completo. Las metas totales reflejarán la sumatoria de todas las metas mencionadas.
34. Beneficiarios Hombres / Mujeres /Total	Anotar el número de hombres beneficiados y mujeres beneficiadas, anotando posteriormente en el total la sumatoria de ambos.
35. Empleos Eventuales / Empleos Permanentes	Anotar el número de empleos a generar por cada tipo (eventuales y/o permanentes)
36. Calendario de Metas Porcentuales	Anotar la distribución porcentual de las metas a alcanzar en el periodo para el que se está programando, de acuerdo con las fechas de inicio y término, mes por mes.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO EXPEDIENTE TÉCNICO (SIGAD)

1. Oficio de solicitud:	Anotar, el número de oficio con el que se requirió el expediente técnico
2. Oficio de aprobación:	Anotar, el número de oficio con el que se solicita la autorización del proyecto a la Secretaría de Planeación y Finanzas
3. Oficio de autorización:	Anotar, el número de oficio con el que la Secretaría de Planeación y Finanzas autoriza el proyecto
4. Sector:	Anotar el nombre del sector de acuerdo al catálogo de sectores y subsectores
5. Dependencia:	Anotar el nombre de la dependencia de gobierno ejecutora del proyecto
6. Fuente de financiamiento:	Anotar el nombre de acuerdo al catálogo de fuentes de financiamiento, si el recurso proviene de recursos estatales o federales
7. Programa:	Anotar el nombre del programa de acuerdo al catálogo de programas presupuestarios
8. Unidad responsable:	Anotar el nombre de la unidad administrativa responsable del proyecto de acuerdo a la clasificación administrativa
9. Nombre del proyecto:	Anotar el nombre de la obra de manera objetiva, precisa y concisa (nominativo no descriptivo)
10. Ubicación:	Anotar el nombre del municipio y localidad en donde se realizará el proyecto
11. Inversión:	Anotar el importe que se requiere para la ejecución del proyecto
12. Modalidad de ejecución:	Anotar el nombre de la modalidad de acuerdo al catálogo de modalidades de ejecución
13. Metas:	Anotar el número de acciones por alcanzar de acuerdo a la unidad de medida que se encuentra en la Cédula Básica
14. Fecha inicio /termino:	Anotar la fecha programada de inicio y termino
15. Beneficiarios:	Anotar el tipo de población que se beneficia con el proyecto (niños, adultos, mujeres, hombres, servidores públicos, etc)
16. Cantidad:	Anotar el número de personas que serán beneficiados
17. Objetivo:	Es la definición de lo que el programa pretende alcanzar con el proyecto.
18. Justificación:	Es la respuesta al objetivo del proyecto que se va a realizar
19. Mecánica Operativa:	Anotar el procedimiento que se usará para la ejecución del proyecto programado para que permita conocer más a detalle el alcance del mismo.
20. Descripción:	Describir en qué consiste el proyecto programado a mayor detalle

**GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
CÉDULA BÁSICA**

FECHA : La asigna el sistema en que se elabora

Oficina de Solicitud: Oficio de Aprobación: Oficio de Autorización:		
Clasificación Administrativa: Dependencia: 4 Unidad Responsable: 8		
Clasificación Económica: Clasificación: 6 Fuente de Financiamiento: 7 Programa: 8 Clave del Proyecto: 9 Participación: 10		
Clasificación Funcional: Sector: 11 Sub Sector: 12 Modalidad: 13 Programa: 14 Sub Programa: 15 Proyecto: 16 Actividad: 17 Proyecto: 18 Tipo de Proyecto: 19 Proyectos Complementarios: 22		
Clasificación Territorial: Municipio: 23 Localidad: 24		
Atribución PLED: Objeto: 25 Línea de acción: 26 Página: 26 Parámetro: 26		
Metas Básicas/Financieras: Costo Total: 28 Inversión Anterior: 27 Modalidad de Ejecución: 30 Inversión Actual: 32 Metas Totales: 33 U. de Medida: 34 Beneficiarios: 34 Empleos Eventuales: 35		
Calendario de Metas Porcentuales: 36 Inversión Programada: 28 Fecha Inicio: 31 Anterior: 33 Programada: 33 Pendiente: 33 Nombre: 34 Empleos Permanentes: 35		
ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC		

**GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
Expediente Técnico**

FECHA : La asigna el sistema cuando se elabora

2013 El año lo asigna el sistema

Oficina de Solicitud:	1
Oficio de aprobación:	2
Oficio de Autorización:	3
Sector:	4
Dependencia:	5
Fuente de Financiamiento:	6
Programa:	7
Unidad Responsable:	8
Nombre del Proyecto:	9
Ubicación:	10
Inversión:	11
Modalidad de Ejecución:	12
Metas:	13
Fecha Inicio:	14
Fecha de Término:	14
Beneficiarios:	15
Cantidad:	16
Objetivo:	17
Justificación:	18
Mecánica Operativa:	19
Descripción:	20



GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO

Expediente Técnico

2013 El año lo origina el sistema

FECHA: La fecha el sistema cuando se elabora

- Oficio de Redacción: 1
- Oficio de aprobación: 2
- Oficio Anterior: 3
- Recepción: 4
- Departamento: 5
- Forma de Financiamiento: 6
- Programa: 7
- Unidad Responsable: 8
- Nombre del Proyecto: 9
- Ubicación: 10
- Inventar: 11
- Modalidad de Ejecución: 12
- Materia: 13
- Fecha Inicio: 14
- Fecha de Término: 14
- Beneficiarios: 15
- Cantidad: 16
- Objetivo: 17
- Justificación: 18
- Materia Operativa: 19
- Descripción: 20

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

SOLICITUD DE ABASTECIMIENTO

Fecha:

No.		03		PÁGINA		1 DE 1	
FECHA:		03/01/2013		AUTORIZA:			
DESCRIPCIÓN: (1)							
ÁREA DE ORIGINARIA: (2)							
NOMBRE DEL PROYECTO: (3)							
7. DE FINANCIAMIENTO:		CONSEJO (4)	ESTADO (5)	FEDERAL (6)	PROPIEDAD (7)	PROPIEDAD (8)	ALICUOTA (9)
8. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
9. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
10. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
11. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
12. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
13. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
14. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
15. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
16. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
17. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
18. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
19. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
20. DE FINANCIAMIENTO:		DESCRIPCIÓN CATEGORÍA PARTIDA					
TOTAL:		(10)					
DETERMINACIÓN:							
03/01/2013							

VISTO BUENO

FECHA: (1) VOTO: (2) AUTORIZA: (3)

OFICIO DE COMISIÓN

- (1) Fecha en que se elabora el documento.
- (2) Nombre de la Persona a quien se le asigna comisión.
- (3) Fecha (s) de la asignación.
- (4) Descripción de la actividad a realizar (asunto y lugar de la comisión).
- (5) Datos del vehículo que utilizará, así como la dirección a que pertenece.
- (6) Titular de la Dirección que autoriza el abastecimiento (Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales).
- (7) Dirección que realiza el Visto Bueno (Dirección a la cual es comisionada la persona).

Página de La fecha el sistema cuando se elabora

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.

SOLICITUD DE ABASTECIMIENTO

- (1) *Número asignado, consecutivamente, por el Sistema Interno (p.e. 02-001).
- (2) Fecha en que se elabora el documento.
- (3) *Nombre de la Dirección a la cual está asignado el recurso que va a usarse.
- (4) Área de la Institución que va a hacer uso del Abastecimiento.
- (5) *Nombre del Proyecto en que está asignada la cuenta presupuestal aplicable.
- (6) *Clave de la fuente del financiamiento o procedencia del recurso utilizado.
- (7) *Clave de la Dirección Administrativa que realiza el trámite.
- (8) *Clave Programática del DIF Tabasco (D).
- (9) *Clave del Proyecto Presupuestal.
- (10) *Clave del Programa Presupuestal.
- (11) *Clave de la Localidad en que se presta el Abastecimiento.
- (12) *Tipo de recurso que se utilizará (Estatal o Federal).
- (13) Clave de la Cuenta o Partida presupuestal que se utilizará.
- (14) Nombre de la Cuenta o Partida presupuestal que se utilizará.
- (15) *Cantidad de lotes a usar.
- (16) Artículo, con descripción detallada, que se solicita.
- (17) Cantidad de artículos solicitados.
- (18) Unidad de medida del artículo.
- (19) Precio unitario del artículo (previamente cotizado con I.V.A.).
- (20) Importe del total del artículo solicitado.
- (21) Suma total de los artículos solicitados.
- (22) Descripción del motivo de la solicitud de abastecimiento y mes en que está asignado el recurso a utilizar.
- (23) Departamento que solicita el abastecimiento (Departamento de Recepción y entrega de Insumos).
- (24) Subdirección que realiza el Visto Bueno (Subdirección de Adquisiciones y Suministros).
- (25) Titular de la Dirección que autoriza el abastecimiento (Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales).

*Datos que son proporcionados automáticamente por el Sistema Interno del DIF Tabasco.

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

(Firma manuscrita)

Villahermosa, Tab., a de (1) de 2013

(Nombre del comisionado) (2)
Presente

Por esta conducta le informo que ha sido comisionado los días y de (3) actual para (4) (Descripción de la actividad)

03/01/2013	
------------	--

Autoriza (6)
Director de Recursos Materiales y Servicios Generales

Vo. Bo. (7)
Director de Área

Dr. Juan de la Cruz Pérez Morales

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
SOLICITUD DE ORDEN DE TRABAJO Y SERVICIO
Forma-01

No. (1)		HOJA	
FECHA: (2)		1 DE 1	
DIRECCIÓN: (3)			
ÁREA DE UTILIZACIÓN: (4)			
F. DE FINANCIACIÓN	ORIGENACIÓN	DEPENDENCIA	PROYECTO
(5)	(6)	(7) DE	(8)
PROGRAMA		LOCALIDAD	
(9)		(10)	
NOMBRE DEL PROYECTO (11)			
DESCRIPCIÓN CANTIDAD / PARTIDA			
CANTIDAD		PARTIDA	
(12)	(13)	(14)	
DR. JUAN DE LA CRUZ PÉREZ MORALES (15)			
DIRECTOR DE REC. MATERIALES Y SERV. GENERALES			
PRESENTE			
POR ESTE CONDUCTO SOLICITO A USTED, TITULAR, EN SU REPRESENTACIÓN DE, (LOS SEÑALADOS) TRABAJOS O SERVICIOS:			
LOTE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO ESTIMADO
(16)	(17)	(18)	(19)
IMPORTE TOTAL		(20)	
(21)		(22)	
MARCA TIPO MODELO SERIE INVENTARIO			
ESPECIFICACIONES DE MATERIA Y EQUIPO			
PROVEEDOR			
LOCALIZACIÓN DEL TRABAJO SOLICITADO			
OBSERVACIÓN			
(24)			

VISTO BUENO

SOLICITO (25)

AUTORIZO (24)

SOLICITUD DE ABASTECIMIENTO

- (1) Número consecutivo (control interno).
- (2) Fecha de elaboración de la solicitud.
- (3) Cuenta presupuestal en la que están descritos los artículos solicitados.
- (4) Cantidad de lotes a usar.
- (5) Cantidad de artículos solicitado.
- (6) Unidad de medida del artículo.
- (7) Artículo, con descripción detallada, que se solicita.
- (8) Precio unitario del artículo (previamente cotizado con I.V.A.).
- (9) Importe del total del artículo solicitado.
- (10) Suma total de los artículos solicitados.
- (11) Firma y nombre de quien solicita el abastecimiento.
- (12) Visto Bueno de la Sub Bueno de la Subdirección de Adquisiciones y Suministros.
- (13) Titular de la Dirección que autoriza el abastecimiento (Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales).

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
SOLICITUD DE ABASTECIMIENTO

No. (1)		CUESTA: (2)	
FECHA: (3)		PROYECTO: (4)	
DIRECCIÓN: (5)			
ÁREA DE UTILIZACIÓN: (6)			
F. DE FINANCIACIÓN	ORIGENACIÓN	DEPENDENCIA	PROYECTO
(7)	(8)	(9) DE	(10)
PROGRAMA		LOCALIDAD	
(11)		(12)	
NOMBRE DEL PROYECTO (13)			
DESCRIPCIÓN CANTIDAD / PARTIDA			
CANTIDAD		PARTIDA	
(14)	(15)	(16)	
DR. JUAN DE LA CRUZ PÉREZ MORALES (17)			
DIRECTOR DE REC. MATERIALES Y SERV. GENERALES			
PRESENTE			
POR ESTE CONDUCTO SOLICITO A USTED, TITULAR, EN SU REPRESENTACIÓN DE, (LOS SEÑALADOS) TRABAJOS O SERVICIOS:			
LOTE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO ESTIMADO
(18)	(19)	(20)	(21)
IMPORTE TOTAL		(22)	
(23)		(24)	
MARCA TIPO MODELO SERIE INVENTARIO			
ESPECIFICACIONES DE MATERIA Y EQUIPO			
PROVEEDOR			
LOCALIZACIÓN DEL TRABAJO SOLICITADO			
OBSERVACIÓN			
(25)			

Solicitado: 5
P.V.A.: 2 (10)
Total: 7

Solicitado (13)

Visto Bueno (12)
Subdirección de Adquisiciones y Suministros

Autoridad (13)
Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales

PEDIDO

- (1) Registrar el número de pedido asignado por el área de compras.
- (2) Anotar la dirección del área usuaria.
- (3) Anotar el área de utilización a quien lo entregara el pedido.
- (4) Registrar el nombre del proyecto para los cuales serán beneficiados.
- (5) Igual que el núm. 1.
- (6) Fecha del pedido.
- (7) Registrar el número de la solicitud de abastecimiento.
- (8) Automáticamente el programa registra el núm. de la requisición.
- (9) Registrar el número de compromiso proporcionado por el área programación.
- (10) Registrar la cuenta presupuestal.
- (11) Registrar la fuente del recurso (pos, rane 33, recuperaciones etc.).
- (12) Registrar el número de la organización proporcionado por el área de programación.
- (13) Registrar la letra de la dependencia.
- (14) Registrar el número de proyecto del área.
- (15) Registrar el número del programa proporcionado por el área de programación.
- (16) Registrar la clave del municipio donde se ubica el programa.
- (17) Nombre, dirección, teléfono, R.F.C. del proveedor.
- (18) Registrar el número de la partida presupuestal estatal.
- (19) Registrar el número de la partida presupuestal federal.
- (20) Registrar el número de lote.
- (21) Registrar la descripción de las adquisiciones a solicitar.
- (22) Registrar la marca de los suministros y adquisiciones.
- (23) Registrar la cantidad de los suministros y adquisiciones a solicitar.
- (24) Registrar la unidad de medida de las adquisiciones y suministros.
- (25) Registrar los precios unitarios de adquisiciones.
- (26) Anotar el importe antes de impuestos.
- (27) Automáticamente el programa registra el subtotal antes de IVA.
- (28) Automáticamente el programa registra el impuesto al valor agregado.
- (29) Registrar el total en letra.
- (30) Automáticamente el programa registra el total incluyendo el IVA.
- (31) Anotar el nombre del jefe de la unidad de adquisiciones y suministros (compra directa). Anotar el nombre del jefe de la unidad de licitaciones y concursos, según minutos solicitado.
- (32) Anotar el nombre del Director de la Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales.

PERIODO
FABR-O

DIRECCIÓN:		PE		C3	
ÁREA DE REGISTRO:		01	02	03	04
NOMBRE DEL PROVEEDOR:		C4			
CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO
C41	C42	C43	C44	C45	C46
IMPORTE TOTAL		C47			
IMPORTE UNITARIO		C48			
IMPORTE TOTAL		C49			
IMPORTE UNITARIO		C50			

CUADRO COMPARATIVO

- (1) El programa registra automáticamente el núm. de Requisición, cuenta presupuestal, el importe, etc.
- (2) registra el núm. del presupuesto registrado proporcionado por Programación de D.P. y F.
- (3) Registrar los tres proveedores concursantes.
- (4) Registra automáticamente el importe de la propuesta más baja.
- (5) Anotar proveedor núm. 1.
- (6) Anotar consecutivo del núm. de lote, artículo, unidad de medida cantidad, marca, impuestos y precio unitario.
- (7) Registra automáticamente el importe del proveedor de la propuesta núm. 1.
- (8) Registrar el impuesto al valor agregado.
- (9) Registra automáticamente el total.
- (10) registrar el tiempo de entrega.
- (11) registrar la vigencia de los precios.
- (12) registrar las condiciones de pago, al contado o crédito.
- (13) anotar el núm. De oficio de la cotización.

CUADRO COMPARATIVO

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES		C3	
ÁREA DE REGISTRO:		01	02
NOMBRE DEL PROVEEDOR:		C4	
CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO
C41	C42	C43	C44
IMPORTE TOTAL		C45	
IMPORTE UNITARIO		C46	
IMPORTE TOTAL		C47	
IMPORTE UNITARIO		C48	

ALTA DE ARTÍCULO EN EL SISTEMA INTERNO.

- (1) Registrar la fecha en que se pide el Alta del Artículo.
- (2) Registrar el nombre del artículo.
- (3) Anotar el número de la Partida Presupuestal.
- (4) Anotar el nombre de la Partida Presupuestal.
- (5) Anotar el nombre de la Dirección solicitante.
- (6) Anotar el nombre de la persona quien solicita.

VALE DEALTA DE ARTÍCULO EN EL SISTEMA INTERNO

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

ALTA DE ARTÍCULO EN EL SISTEMA INTERNO		ALTA DE ARTÍCULO EN EL SISTEMA INTERNO	
NOMBRE DEL PROVEEDOR:		NOMBRE DEL PROVEEDOR:	
NÚM. DE LA REQUISICIÓN:		NÚM. DE LA REQUISICIÓN:	
NOMBRE DE LA PARTIDA:		NOMBRE DE LA PARTIDA:	
IMPORTE TOTAL:		IMPORTE TOTAL:	
IMPORTE UNITARIO:		IMPORTE UNITARIO:	
IMPORTE TOTAL:		IMPORTE TOTAL:	
IMPORTE UNITARIO:		IMPORTE UNITARIO:	

ACTUALIZACION DE PROVEEDORES

- (1) Nombre del proveedor (persona física y/o persona moral).
- (2) Registrar el número del Padrón de Proveedores otorgado por la Secretaría de Administración.
- (3) Anotar el registro federal de contribuyente, proporcionado por el SAT.
- (4) Registrar domicilio, núm. de teléfono, etc.
- (5) Registrar si es un Proveedor local o nacional.
- (6) Registrar si son bienes, insumos o servicios.

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

ACTUALIZACIONES DE PROVEEDORES

Nombre	Buscador	(1)
Núm. de proveedor actual		(2)
RFC		(3)
Calle		(4)
Código		
Dirección		
CP		
Ciudad		
País	Seleccionar un estado	
Teléfono		
Domicilio		
Fax		
Clasificación	Seleccionar una clasificación	(5)
Nombre	Seleccionar un nombre	(6)
Tipo de giro	Seleccionar	

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO HUMANOS

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

CARTA DE ACEPTACION:

- (1) En el encabezado se escribe el lugar en la que se expide la carta, la fecha y año.
- (2) Aquí se escribe el nombre del director de la Institución Educativa pública o privada según corresponda, así el cargo que ocupa.
- (3) Se escribe el nombre completo y apellidos del estudiante.
- (4) La matrícula o número de control que maneje la universidad.
- (5) La carrera que está cursando el estudiante.
- (6) La Institución educativa de la que proviene el estudiante.
- (7) Se señala si es servicio social o prácticas profesionales.
- (8) Los días que asistirá a las prácticas.
- (9) El horario en que el alumno asistirá al área asignada.
- (10) El periodo o los meses en total que estará en el área asignada.
- (11) El centro asistencial o la dirección al que será asignado el estudiante.
- (12) La dirección del centro asistencial al que asistirá el estudiante.
- (13) Nombre del director de la Dirección de Investigación, Enseñanza y Desarrollo Humano.
- (14) Nombre del Director del Centro Asistencial o Dirección.

Plutarco Elías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

CARTA DE TERMINACION

- (1) En el encabezado se escribe el lugar en la que se expide la carta, la fecha y año.
- (2) Aquí se escribe el nombre del director de la Institución Educativa pública o privada según corresponda, así el cargo que ocupó.
- (3) Se escribe el nombre completo y apellidos del alumno.
- (4) La matrícula o número de control que maneje la universidad.
- (5) La carrera que está cursando el estudiante.
- (6) La Institución educativa de la que proviene el estudiante.
- (7) Se señala si es servicio social o prácticas profesionales.
- (8) Aquí se escribe el día y mes en el que inició y hasta cuándo terminó de prestar el servicio social.
- (9) Se apunta el nombre de la Dirección o el Centro Asistencial en el que prestó su servicio social el alumno.
- (10) Nombre del director de la Dirección de Investigación, Enseñanza y Desarrollo Humano.

Plutarco Elías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LOS FORMATOS DE SERVICIO SOCIAL

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

DIRECCION DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO
CARTA DE ACEPTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Villahermosa, Tab; _____ de 2013(1)

_____(2)

PRESENTE

Por la presente, se hace constar que el alumno: (3) _____ con número de matrícula: _____ (4) de _____ la carrera: _____ (5) de la _____ (6), ha sido aceptado para prestar su _____ (7), durante los días _____ a _____ (8) de _____ horas (9), en el periodo comprendido del _____ (10).
Mismo que fue asignado al área: _____ (11) ubicada en _____ (12) _____ de esta ciudad de Villahermosa, Tabasco.

Sin otro particular y, a nombre de esta noble institución agradezco el esfuerzo en la construcción de un mejor futuro para los jóvenes del Estado.

ATENTAMENTE

_____(13)
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO DE DIF TABASCO

cc. _____ (14)
cc. Interesado

DIRECCION DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO
CARTA DE TERMINACIÓN DE PRACTICAS ACADÉMICAS

Villahermosa, Tab., a _____ 2013 (1)

_____(2)

PRESENTE

Por la presente se hace constar que la alumna: _____ (3) con número de matrícula: _____ (4), de la carrera: _____ (5), de la _____ (6) ha TERMINADO satisfactoriamente de realizar su _____ (7) en el periodo del _____ (8), en el área de _____ (9) de DIF TAB.

Sin otro particular y, a nombre de esta noble institución agradezco el esfuerzo en la construcción de un mejor futuro para los jóvenes del Estado.

ATENTAMENTE

_____(10)
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO DEL DIF TABASCO

cc. Archivo
cc. Interesado

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

Reporte Mensual

- (1) Mes al que corresponde el informe entregado.
- (2) La fecha en la que se está presentando el informe ante esta Dirección de Investigación, Enseñanza y Desarrollo Humano.
- (3) Se escribe el nombre completo y apellidos del alumno.
- (4) La carrera que está cursando el estudiante.
- (5) Se apunta el nombre de la Dirección o el Centro Asistencial en el que prestó su servicio social al alumno.
- (6) La hora a la que debe entrar al servicio social.
- (7) La hora a la que sale del servicio social.
- (8) Lista de actividades que realiza durante el mes que está reportando.
- (9) Nombre y Firma del Jefe inmediato del estudiante, en el centro asistencial.
- (10) Nombre y firma del estudiante prestador del servicio social.

Putarco Rías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

REPORTE TRIMESTRAL

- 1. Se escribe la fecha en la que se expide el documento, indicando lugar, fecha y año.
- 2. Se indica el nombre completo del estudiante; mencionando nombre (s), apellido paterno y apellido materno.
- 3. El estudiante debe indicar la carrera que cursa; mencionando escolaridad.
- 4. El alumno debe mencionar el nombre del área o dirección al que fue designado, según se haya indicado en la carta de aceptación.
- 5. El alumno calificará el área en la que estuvo asignado indicando con una X si su experiencia fue excelente, muy buena, buena, mala, muy mala; según haya correspondido.
- 6. El alumno expresará de forma descriptiva su experiencia inicial en el área en la que fue asignado.
- 7. El alumno calificará la actitud de su jefe inmediato indicando con una X si su experiencia fue excelente, muy buena, buena, mala, muy mala; según haya correspondido.
- 8. El alumno calificará al personal que labora en el área que fue asignado; indicando con una X si su experiencia fue excelente, muy buena, buena, mala, muy mala; según haya correspondido.
- 9. El alumno escribe su nombre completo mencionando nombre (s), apellido paterno y apellido materno; así como su firma.

Putarco Rías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

2013, CENTENARIO LUCTUOSO DE FRANCISCO L. MADERO Y JOSÉ MARÍA PINO

DIRECCION DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO
REPORTE MENSUAL
DEL PROGRAMA DE APOYO DEL SERVICIO SOCIAL

Mes de: _____ (1) Fecha: _____ (2)

Nombre: _____ (3)

Carrera: _____ (4)

Dirección de adscripción: _____ (5)

Hora de entrada: _____ (6) Hora de salida: _____ (7)

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

✓ (8)

✓

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

(9)
FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

(10)

Putarco Rías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

DIRECCION DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO
REPORTE TRIMESTRAL

Fecha _____ (1)

Nombre: _____ (2)

Carrera: _____ (3)

Dirección de adscripción: _____ (4)

EVALUA TU UNIDAD/CENTRO ASISTENCIAL

- 1. ¿Cómo consideras la Dirección o centro asistencial en la que prestas tu servicio social o prácticas profesionales? (5)
 Excelente () Muy bueno () Bueno () Malo () Muy malo ()
- 2. ¿Cómo fuiste tratado el primer día de tu servicio social o práctica profesional? (6)
- 3. ¿Cómo calificas la actitud de tu jefe inmediato hacia el personal de la Dirección o centro asistencial? (7)
 Excelente () Muy bueno () Bueno () Malo () Muy malo ()
- 4. ¿Cómo calificas al personal que labora en la dirección o centro asistencial? (8)
 Excelente () Muy bueno () Bueno () Malo () Muy malo ()

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL (9)

Putarco Rías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

2013, CENTENARIO
LUCTUOSO
DE FRANCISCO L. MADERO
Y JOSÉ MARÍA PINO

2013, CENTENARIO
LUCTUOSO
DE FRANCISCO L. MADERO
Y JOSÉ MARÍA PINO

INFORME FINAL

- 1.- Se requiere de los siguientes datos generales, en la cual se escribe el nombre completo del estudiante, el número de matrícula con número, la escuela de procedencia, el nombre de la carrera, se escribe con número la fecha inicial y fecha de terminación, se escribe el número de horas cubiertas, se indica y escribe la dirección o centro asistencial.
- 2.- En el resumen de actividades se aplica una encuesta de evaluación para identificar el nivel de satisfacción, entre las preguntas que comprende, es si el programa fue a fin a tu carrera, la respuesta por el alumno es, sí o no.
- 3.- En la pregunta dos se investigan los motivos por los cuales realizaste tu servicio social y/o prácticas en el DIF Tabasco, y la respuesta es abierta.
- 4.- Se cuestiona si el estudiante aplicó los conocimientos adquiridos durante la carrera
- 5.- Se le pregunta al estudiante sobre la experiencia laboral obtenida durante el servicio o práctica
- 6.- Se investiga si el estudiante continúa laborando en la institución y con qué cargo
- 7.- Se le pregunta si acaso el estudiante tuvo algún inconveniente o dificultad durante su servicio o práctica
- 8.- Se le solicita al estudiante que redacte detalladamente las actividades que hubiere realizado durante el tiempo de su servicio o práctica
- 9.- En el cual se describe el nombre completo del estudiante y su firma, así como el nombre completo y firma del jefe inmediato.

Plutarco Elías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

2013, CENTENARIO
LUCTUOSO
DE FRANCISCO L. MADERO
Y JOSÉ MARÍA PINO

DIRECCION DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO
INFORME FINAL
DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

(1) 1.- Nombre del alumno(a) _____
 2.- No. de matrícula/control: _____
 3.- Escuela: _____ Carrera: _____
 4.- Fecha inicio _____ Fecha de terminación: _____
 5.- Total de horas _____
 6.- Dirección o Centro Asistencial: _____

RESUMEN DE ACTIVIDADES

1. ¿El programa fue a fin a tu carrera? (2)
 Si () No () ¿por qué? _____
2. ¿Motivo por los cuales realizaste tu servicio social y/o prácticas en el DIF Tabasco? _____ (3)
3. Aplicaste los conocimientos adquiridos durante la carrera? _____ (4)
4. ¿Qué experiencia laboral obtuviste? _____ (5)
5. ¿Continuas laborando en la misma institución y que cargo desempeñas? _____ (6)
6. ¿Tuviste algún inconveniente o dificultad durante tu servicio o práctica? ¿Cuáles? _____ (7)

10.- Redacta detalladamente las actividades realizadas durante el servicio social. (8)

 PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO (9)

Plutarco Elías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

CARTA DE EVALUACION.

- 1.- En este apartado se escribe el nombre del titular de la dependencia a quien se dirige la carta, se escribe el cargo o puesto; si no se cuenta con los datos a considerar solo se escribe textual la palabra "A quien corresponda".
- 2.- En este texto se escribe el nombre del alumno completo; se indica el nivel de estudio, así también se indica y escribe el nombre de la dependencia, se escribe el número total de las horas cumplidas, se escribe el periodo que comprende el servicio y/o práctica.
- 3.- En este cuerpo se califica aspectos como asistencia, disciplina, responsabilidad, capacidad profesional, presentación personal, entre paréntesis se escribe con números la calificación del 1 al 5, donde 1 es muy malo, 2 malo, 3 bueno, 4 muy bueno y 5 excelente.
- 4.- Se escribe el saludo de despido.
- 5.- Se escribe el nombre, cargo o puesto de la persona que califica el alumno.

NOTA: Todos los reportes son entregados en original y copia (una copia para el estudiante y otra para el expediente que se lleva en esta unidad).

Plutarco Elías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

2013, CENTENARIO
LUCTUOSO
DE FRANCISCO L. MADERO
Y JOSÉ MARÍA PINO

DIRECCION DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DESARROLLO HUMANO
CARTA DE EVALUACION

- 1) A QUIEN CORRESPONDA:
- 2) Muy atentamente me dirijo a usted, para comunicarle que alumno (a): C. _____, realizó su servicio social y/o prácticas profesionales satisfactoriamente en esta unidad o centro asistencial: _____; cubriendo un total de _____ horas de asistencia, durante el periodo de: _____.
- 3) Donde se observaron los siguientes aspectos:

ASPECTOS	CALIFICACION
➤ ASISTENCIA	()
➤ DISCIPLINA	()
➤ RESPONSABILIDAD	()
➤ CAPACIDAD PROFESIONAL	()
➤ PRESENTACION PERSONAL	()

- 4) Sin más por el momento, me despido de usted.

5) ATENTAMENTE

Plutarco Elías Calles No.336, Col. Jesús García, Tel. 3-15-27-40

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANA

Instructivo de llenado

Formato: "Recibo de Conformidad"

Este formato lo llena el proveedor de medicamentos al momento de entregar el producto al ciudadano que realizó el trámite.

1. El proveedor coloca la fecha en que entrega el medicamento.
2. Se coloca el nombre del proveedor.
3. Se coloca el nombre del o los medicamentos que el proveedor está surtiendo al ciudadano que realizó el trámite de apoyo.
4. Se coloca el valor total del o los medicamentos que el proveedor entrega al ciudadano.
5. Se coloca el nombre del ciudadano que recibe el o los medicamentos.
6. Firma del ciudadano que recibe el apoyo.
7. Sello del proveedor.

RECIBO DE CONFORMIDAD

LA EMPRESA: _____

TENGA BIEN PROPORCIONAR EL (LOS) ARTICULO (OS) _____

CON UN VALOR DE: _____

MISMO QUE RECIBO DE CONFORMIDAD: _____

FIRMA: _____ ENTREGO: _____

SELLO DE LA EMPRESA

Instructivo de llenado
Formato: F-DAC-06

ACTA DE DONACIÓN

Este formato es emitido por el sistema con los datos capturados por la persona de Trabajo Social.

1. Folio emitido automáticamente por el sistema.
2. Se coloca la hora en que se elabora el acta.
3. Fecha en que se elabora el acta.
4. Día en que se elabora el acta.
5. Año en que se elabora el acta.
6. Nombre del Coordinador General del DIF Tabasco.
7. Nombre del beneficiario.
8. Cantidad de artículos donados.
9. Nombre del artículo donado.
10. Nombre del Coordinador General del DIF Tabasco.
11. Nombre y firma del Director de Atención Ciudadana.
12. Nombre y firma del beneficiario.
13. Nombre y firma de un testigo.
14. Nombre de la persona que elaboró el Acta.

ACTA DE DONACION
F-DAC-06

EN LA CIUDAD DE VILLAHERMOSA, CAPITAL DEL ESTADO DE TABASCO, SIENDO LAS HORAS DEL DIA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____ SE REUNIERON EN LAS INSTALACIONES QUE OCUPA EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE TABASCO, EN LA CALLE MANUEL ANTONIO ROMERO No.208, COLONIA PENSIONES, EN SU CARACTER DE DIRECTOR GENERAL Y EL C. _____ EN SU CARACTER DE SOLICITANTE, CON EL OBJETO DE FORMALIZAR LA ENTREGA DE: _____ EN SU CARACTER DE DONACION EN ATENCION A SOLICITUD REALIZADA Y PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY DEL SISTEMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOCIAL. EL BENEFICIARIO RECIBE DE CONFORMIDAD EL BIEN, COMPROMETIENDOSE A DALE USO RESPONSABLE PARA EL CUAL SE DONA POR LO ANTERIOR SE DA TERMINADA LA PRESENTE ACTA, FIRMANDO ALCALCE DE CONFORMIDAD LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON PARA CONSTANCIA

Vo. Bo. _____

DIRECTORA DE ATENCION CIUDADANA

RECIBI _____ TESTIGO _____

Atendido por: _____

Calle Manuel A. Romero #208, Col. Pensiones, C.P. 86170, Villahermosa, Tabasco, Tel. 351-06-76, 351-38-67 [at@tabasco@Prodigy.net.mx](mailto:at@tabasco@prodigy.net.mx) y at@tab@Prodigy.net.mx

REVISIÓN NO. 01
FECHA: 29 de enero 2007

SOLICITUD DEL CIUDADANO
DE MEDICAMENTO (R)
F-DAC-14

Instructivo de llenado

Formato: F-DAC-14

Este formato lo llena el ciudadano cuando entrega el pedido de apoyo y los requisitos correspondientes.

1. Se coloca la fecha del día en que entrega la petición junto con todos los requisitos.
2. En el cuadro se escribe el nombre o nombres de los medicamentos que solicita.
3. El ciudadano que transmite el apoyo escribe su nombre y firma.
4. El ciudadano que transmite el apoyo coloca el domicilio en donde vive el paciente, así como las otras tres especificas para poder ubicar el domicilio y proporcionar un número telefónico, para que de esta manera se localice más fácilmente la dirección, para que se realice el estudio socioeconómico.

SOLICITUD DEL CIUDADANO DE MEDICAMENTO (B)
F-DAC-14

Villahermosa, Tabasco a _____ del Mes de _____ del año _____

Mtra. Martha Lilia López De Nolas
Presidenta del Sistema Estatal DIF
Presente:

Por este medio respetuosamente me dirijo a Usted, solicitando su gentil intervención para que se me brinde un apoyo de:

Medicamento (s); anexo receta médica

Ya que no cuento con los recursos económicos para adquirir el citado apoyo, agradeciendo sus amables atenciones me despido de usted.

Abastecedor _____

Nombre y Firma del Solicitante _____

Deposición: _____

REVISIÓN No. 01
FECHA: 25 de enero 2007

Instructivo de llenado
Formato: F-DAC-02

Este formato lo explica el sistema con los datos introducidos por la persona encargada del módulo de Atención Ciudadana y se utiliza para apoyos sociales tales como: sillas de rueda, aparatos ortopédicos, materiales quirúrgicos, etc.

1. Se coloca la fecha del día en que se elabora el recibo.
2. El sistema coloca el folio automáticamente.
3. El sistema automáticamente coloca el importe total (10)
4. Se coloca el número de piezas que del mismo tipo de apoyo.
5. Se describe el artículo.
6. Se coloca el precio unitario de cada artículo.
7. Subtotal por artículo.
8. Nombre del proveedor que surtirá los artículos.
9. Importe total de los artículos.
10. Se coloca la dirección del beneficiario.
11. Nombre del beneficiario.
12. Clasificación del tipo de apoyo
13. Folio de la credencial de elector (IFE)
14. Nombre y firma del beneficiario.
15. Nombre y firma de quien autoriza el apoyo.
16. Nombre de la persona que capturó los datos y elaboró el recibo.

RECIBO DE APOYO F-DAC-02

Folio: _____

2 _____ Folio:
3 _____ BUENO POR

REGION DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA LA CANTIDAD DE:

Cantidad	Descripción	Precio	Importe
4	5	6	7
PROVEEDOR:			TOTAL
10	8	9	

DIRECCION: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

11 _____ NOMBRE:
12 _____ APOYO:
13 _____ Clave IFE:

Recibi Donación _____ 14

Autorizado _____ 15

DIRECTORA DE ATENCION CIUDADANA

Atendido por: _____ 16

REVISIÓN NO. 01
FECHA: 25 de enero 2007

Instructivo de llenado
Formato: F-DAC-05

Este formato lo explica el sistema con los datos introducidos por la persona encargada del módulo de Atención Ciudadana y se utiliza para apoyos sociales tales como: Medicamentos.

1. Se coloca la fecha del día en que se elabora el recibo.
2. El sistema coloca el folio automáticamente.
3. Se coloca el municipio donde vive el beneficiario.
4. Folio de la credencial de elector (IFE)
5. Nombre del proveedor.
6. Institución médica que expidió la receta.
7. Medicamento
8. Cantidad de medicamentos que sean iguales.
9. Descripción del medicamento.
10. Precio del medicamento.
11. Importe del medicamento.
12. Suma de todos los medicamentos otorgados.
13. Nombre y firma de quien autoriza el apoyo.
14. Nombre y firma del beneficiario.
15. Nombre de la persona que capturó los datos y elaboró el recibo.

VALE EXTERNO DE MEDICAMENTOS F-DAC-05

FECHA: [1]

SOLICITO A LISTED SE LE PROPORCIONE AL C. [3]

MUNICIPIO: [4] PROVIEDOR: [5]

CLAVE IFE: [4] INSTITUCIO N MEDICA: [6]

APOTD:

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
[7]	[8]	[9]	[10]
			TOTAL: [11]

RECIB DONACION: [14]

AUTORIZO: [13]

NOMBRE Y FIRMA: [15]

DIRECTORA DE ATENCION CIUDADANA

ATENDIDO POR: [15]

NOTA IMPORTANTE: Solo tiene validez 2 días naturales, a partir de la fecha de expedición

REVISION NO. 01

ESTUDIO SOCIOECONOMICO F-DAC-03

No. DE FOLIO: []
Fecha: []

Instructivo de llenado

Formato: F-DAC-03

Este formato es emitido por el sistema automáticamente después de que la persona de Trabajo Social realice la visita y capture la información en la base de datos.

- Se coloca la fecha en que se realizó la visita.
- Nombre del solicitante.
- Edad del solicitante.
- Estado civil del solicitante.
- Domicilio del solicitante.
- Ocupación del solicitante.
- Apellido paterno del beneficiario.
- Apellido materno del beneficiario.
- Nombre del beneficiario.
- Se coloca la fecha de nacimiento del beneficiario.
- Se determina la ocupación del beneficiario.
- Se coloca el estado civil del beneficiario.
- Se establece el sexo del beneficiario.
- Se coloca la dirección del beneficiario con las mayores datos y características posibles, de tal forma que sea más fácil localizar la vivienda.
- Se especifica la integración familiar del beneficiario, con los datos de nombre, edad, sexo, parentesco y ocupación de los miembros de la familia.
- Se especifica si la vivienda es propiedad del beneficiario, es rentado o pertenece a algún familiar. También se mencionan las características físicas de la vivienda, como son: cuantos cuartos tiene, material con que está construida, tipo de piso y distribución interna de la vivienda.
- Se hace un resumen detallado de la visita, haciendo la reseña de que el beneficiario, por medio de un escrito dirigido a la Presidenta del DIF Tabasco solicitó apoyo. Así mismo se mencionan las principales características del beneficiario como la edad, estado civil, y la enfermedad que padece. También se mencionan los miembros de la familia, los ingresos económicos del beneficiario y de los miembros de la familia.
- La persona de Trabajo Social, menciona las conclusiones del estudio socioeconómico, y hace la sugerencia si la persona puede ser apoyada o no en base al estudio realizado.

REVISION No. 01
FECHA: 25 de enero 2007
Página 3 de 2

ESTUDIO SOCIOECONOMICO F-DAC-03

No. DE FOLIO: [1] Fecha: []

I.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

Nombre: [2] [3] [5] [6] [4] [1]

Edad: [] Estado Civil: []

Domicilio: []

Ocupación: []

II.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

Apellido Paterno: [7] Apellido Materno: [8] Nombre (a): [9]

Fecha Cumplimiento: [] Ocupación: [] Estado Civil: [] Sexo: []

Dirección: []

III.- INTEGRACION FAMILIAR

[10] [11] [12] [13] [14]

[15] [16] [17] [18]

IV.- PERFIL DE VIVIENDA: (OBSERVACIONES SENSORIALES)

V.- OBSERVACIONES DE TRABAJO SOCIAL:

VI.- SUGERENCIAS:

VILLAHERMOSA, TABASCO. DIA: [] MES: [] AÑO: []

REVISION No. 01
FECHA: 25 de enero 2007
Página 1 de 2

ESTUDIO SOCIOECONOMICO F-DAC-03

No. DE FOLIO: []
Fecha: []

Realizó

Autorizó

Nombre y Firma
Area de Trabajo Social

[20]

Director de Atención Ciudadana

[21]

REVISION No. 01
FECHA: 25 de enero 2007
Página 2 de 2

Instructivo de llenado

Formato: F-DAC-15

Este formato lo explide al sistema con los datos introducidos por la persona encargada del módulo de Atención Ciudadana y se utiliza para apoyos sociales tales como: Medicamentos.

1. Se coloca la fecha del día en que se elabora el recibo.
2. El sistema coloca el folio automáticamente.
3. Se coloca el municipio donde vive el beneficiario.
4. Folio de la credencial de elector (IFE)
5. Nombre del proveedor.
6. Institución médica que emitió la receta.
7. Medicamento
8. Cantidad de medicamentos que sean iguales.
9. Descripción del medicamento.
10. Precio del medicamento.
11. Importe del medicamento.
12. Suma de todos los medicamentos otorgados.
13. Nombre y firma de quien autoriza el apoyo.
14. Nombre y firma del beneficiario.
15. Nombre de la persona que capturó los datos y elaboró el vale.

9. Numero telefónico de algún familiar, pariente y/o amigos
10. Domicilio particular del solicitante
11. Nombre completo de la interesada
12. Edad de la interesada
13. Estado civil de la interesada
14. Grado de estudio de la interesada
15. Nacionalidad de la interesada
16. Nombre de la institución o lugar de trabajo de la interesada
17. Domicilio del lugar de trabajo de la interesada
18. Función que realiza en su trabajo la interesada
19. Salario Mensual que percibe la interesada
20. Horario de labores de la interesada
21. Periodos vacacionales de la interesada
22. Numero del teléfono celular personal de la interesada
23. Numero telefónico del centro de Trabajo
24. Nombre completo de la persona autorizada para retirar al niño
25. Edad de la persona autorizada
26. Estado civil de la persona autorizada
27. Actividad a la que se dedica la persona autorizada
28. Domicilio particular de la persona autorizada
29. Numero telefónico particular y/o personal de la persona autorizada
30. Sueldo mensual que percibe cada uno de los padres, así como si reciben otros ingresos (compañías de pagos)
31. Anotar los datos de las personas o menores que habitan el mismo domicilio del menor, además de él y sus padres.
32. Señalar con una x el área específica donde se encuentra el domicilio particular
33. Señalar con una x el tipo de material con el que está construida la vivienda
34. Señalar con una x el tipo de pisos con los que cuenta la vivienda
35. Señalar con una x los servicios municipales con los que cuenta la vivienda.
36. Servicios médicos con los que cuentan
37. Enfermedades padecidas en la familia
38. Vacunas aplicadas al menor
39. Observaciones exclusivamente por parte del área de trabajo social del CENDI

VALE INTERNO DE MEDICAMENTOS
F-DAC-15

FECHA: [1] FOLIO: [2]

SOLICITO A LISTED SE LE PROPORCIONA EL C. [3]

MUNICIPIO [3] PROVEEDOR: [5]

CLAVE IFE: [4] INSTITUCION N. MEDICA: [6]

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
[7]	[8]	[9]	[10]
			TOTAL: [11]

RECIBI DONACION [14] AUTORIZO [13]

NOMBRE Y FIRMA [15] DIRECTORA DE ATENCION CIUDADANA

ATENDIDO POR: [15]

DIRECCIÓN DE ORIENTACIÓN FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE SERVICIOS DE CENDIS

- 1.- Nombre del Cendi que solicita
- 2.- Nombre completo del niño
3. Fecha (día, mes y año) y lugar de nacimiento del niño
4. Edad del niño
5. numero de la cartilla de vacunación
6. Numero de control del acta de Nacimiento
7. Clave de la CURP del niño
8. Numero telefónico del solicitante

Tehuacan SOLICITUD DE SERVICIOS DE CENDI F-CENDI-01

CENTRO DE ATENCION SOLICITADO (1) NUMERO DE SOLICITUD:

BALSA CORRESPONDIENTE

DATOS DEL NIÑO:

NOMBRE DEL NIÑO (3)
 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO (4)
 EDAD (5) SEXO:
 NUMERO DE CARTILLA DE VACUNACION (6)
 NUMERO DE CONTROL DEL ACTA DE NACIMIENTO (7)
 CLAVE CURP (7)
 TELEFONO PARTICULAR (8) TELEFONO PARA RECADOS (9)
 DOMICILIO (10)

DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DE LA MADRE (11)
 EDAD (12) ESTADO CIVIL (13)
 ESCOLARIDAD (14) NACIONALIDAD (15)
 NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE LABORA (16)
 DOMICILIO LABORAL (17)
 FUNCION QUE DESEMPEÑA (18) SALARIO MENSUAL (19)
 HORARIO DE LABORES (20)
 PERIODO VACACIONALES (21)
 TELEFONO CELULAR (22) TELEFONO DE OFICINA (23)

NOMBRE DEL PADRE (11)
 EDAD (12) ESTADO CIVIL (13)
 ESCOLARIDAD (14) NACIONALIDAD (15)
 NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE LABORA (16)
 DOMICILIO LABORAL (17)
 FUNCION QUE DESEMPEÑA (18) SALARIO MENSUAL (19)
 HORARIO DE LABORES (20)
 PERIODO VACACIONALES (21)
 TELEFONO CELULAR (22) TELEFONO DE OFICINA (23)

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA A RECIBIR AL MENOR

NOMBRE (24) EDAD (25)
 ESTADO CIVIL (26) OCUPACION (27)
 PARENTESCO (28) NUMERO DE TELEFONO (29)
 DOMICILIO:

ASPECTO ECONOMICO (INGRESOS MENSUALES) (30)

PADRE MADRE OTROS

RESERVA DE LOS DERECHOS DE LA SEÑALADA QUE DEPENDE DE LA SEPA QUE LE CORRESPONDA. EL USO DE ESTOS DATOS PARA FINESES DIFERENTES DE LOS QUE SE INDICARON EN LA SOLICITUD NO SE CONSIDERARÁ A LA INSTITUCION QUE OTORGÓ EL SERVICIO.

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
REPORTE SOBRAINTES DE CENDIS**

1. Nombre completo del CENDI
2. Fecha, No. De semana del mes correspondiente marcando de que día a que día
3. Unidad de medida correspondiente a la descripción
4. Descripción del artículo sobrante
5. Especificar con número y letra el total de los artículos
6. Nombre y Firma de la Nutrióloga
7. Nombre y Firma de la Económa
8. Nombre y firma de la titular del Cendi

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION

REPORTE DE SOBRAINTES DE CENDIS

CENDI: _____ 1 _____
SEMANA: _____ 2 _____ DEL _____ AL _____ DE 2013

UNIDAD 3	DESCRIPCION 4	TOTAL 5
LTS	Aceite comestible de canola de 1 lit.	
lco	Acelunas deshidratadas de 120 grs.	
paq.	Adobo de 110 grs.	
lco	Ajo en polvo c/ sai de 167 grs.	
lco	Alcaparra de 120 grs.	
kg	Arroz entero paq. Sellado de 1 kg	
lala	Atun en agua saborizad de 140 grs.	
kg	Azúcar estándar paq. Sellado de 1 kilo	
paq.	Cereal zucaritas de 450 grs.	
bricks	Chichero de 380 grs.	
bote	Chile tajin clásico en polvo de 142 grs.	
lco	Consomé knorr tomale de 200 grs.	
bolsa	Consomé knorr caldo de pollo de 370 grs.	
bote	Creme natural de 1 litro	
paq.	Espagueti de 200 grs.	
kg	Frijol bayo en paq. De 1 kilo	
kg	Frijol NEGRO en paq. De 1 kg	
cajas	Galletas soda real c/12 paq.	
cajas	Galletas sabor limon (campesanas) c/12 paq.	
paq.	Harina de trigo de 1 kg.	
paq.	Harina p/ hot cakes de 600 grs.	
rejas	Huevos c/ 30 piezas	
caja	Lach. líquida semidescremada c/ 12 litros	
kg	Lantejas paq. De 1 kilo	
lco	Miel de abeja de 750 ml.	
lco	Molaza de 385 grs.	
lata	Nestum de arroz de 320 grs.	
lata	Nestum de avena de 320 grs.	
paq.	Pasta de fideo de 200 grs.	
lco	Pimienta negra molida de 60 grs.	
paq.	Sai de 1 kg	
paq.	Tortilla de harina c/ 10 pzas	
litro	Vanilla de 1 litro	
litro	Vinagre de 1 litro	

RESPONSABLE
NUTRIOLOGA

RESPONSABLE
ECONOMA

AUTORIZADO
TITULAR DEL CENDI

6

7

8

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

15. datos de la vivienda si es de concreto, lamina, etc.
16. datos de que material este hecho el techo si es de loca, lamina, etc.
17. se anota con que servicios publicos cuenta la vivienda agua, luz, etc.
18. se anota el nombre de la persona fallecida.
19. sexo del fallecido.
20. edad del fallecido.
21. se anota el peso del fallecido para determinar que estado se le proporcionara.
22. estado civil del fallecido.
23. ocupación del fallecido.
24. fecha de nacimiento del fallecido.
25. se anota el nombre lugar, hora y fecha donde sucedió el deceso.
26. se anota la causa del fallecimiento (se toma del certificado de defunción)
27. se anota el número del certificado de defunción.
28. nombre del medico que extendió el certificado de defunción
29. cedula profesional del medico que extendió el certificado de defunción.
30. se anota si se extendió algún otro documento.
31. notas adicionales de algún pendiente.
32. se marca (x) la donación del atadid.
33. se anota la medida del atadid.
34. se anota el tipo de atadid (madera o metálico).
35. nombre de la directora del centro velatorio.
36. firma de autorización de la donación.
37. se anota si se realizó trámites legales.
38. se anota el nombre del chofer que realizara el servicio.
39. se anota si se va a requerir el sepelio.
40. se anota las placas de la carroza que hará el servicio
41. se anota los servicios que realizo el chofer.
42. se anota la hora de salida de la carroza y kilometraje.
43. se anota la hora de llegada de la carroza y kilometraje.
44. se anota cuanto de combustible tenía a la salida.
45. se anota cuanto de combustible tenía a la llegada.
46. se anota si requirió sala velatorio.
47. se anota si requirió embalsamamiento.
48. se anota los servicios proporcionados al doliente.
49. se anota el nombre y firma de la trabajadora social responsable del servicio

CENTRO VELATORIO

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

FEMEA:	(1)
HORA:	(2) AM PM

01		
EDAD: (4)	SEXO: (5)	ESTADO CIVIL: (6)
OCCUPACION: (7)	ESCOLARIDAD: (8)	INGRESO MENSUAL: (9)
DERECHOS HABIENTES: (10)		PARENTESCO CON EL FALLECIDO: (11)
DOMICILIO ACTUAL: (12)		TELÉFONO: (13)

1.1 DATOS DE LA VIVIENDA (14)

PROPIEDAD	RENTADA	FORAJANTE	OTROS
CASA SOLA	DEPARTAMENTO	VECINDAD	OTROS

1.1.1 PAREDES (15)

CONCRETO	LAMINA	MADERA	OTROS
----------	--------	--------	-------

1.1.2 TECHO (16)

LOSA	LAMINA	ZINC/ASBESTO	OTROS
------	--------	--------------	-------

1.1.3 SERVICIOS PUBLICOS (17)

LIZ	AGUA POTABLE	DESAGUE	PAYMENTACION	ALUMBRADO PUL.
TRANS. PUBLICO	PCZO/ABROYO	FERTILIZA/LITINA	TERRACERIA	OTROS

1.2 DATOS DEL FALLECIDO

NOMBRE: (18)	EDAD: (20)	SEXO: (21)	ESTADO CIVIL: (22)
SERVO: (19)	OCCUPACION: (23)	FECHA DE NACIMIENTO: (24)	
LUGAR, HORA Y FECHA DE DEFUNCION: (25)			
CAUSA DEL FALLECIMIENTO: (26)			
No. DE CERTIFICADO DE DEFUNCION: (27)			
MEDICO QUE EXTENDIO EL CERTIFICADO: (28)			
CEDULA PROFESIONAL: (29)			
OFICIO DE COMISION N°: (30)			

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

INSTRUCTIVO DE LLENADO ESTUDIO SOCIOECONOMICO

1. fecha de expedición.
2. hora de expedición.
3. nombre y apellidos del doliente.
4. edad del doliente.
5. sexo del doliente.
6. estado civil del doliente.
7. ocupación del doliente.
8. escolaridad del doliente.
9. ingresos del doliente.
10. si el doliente cuenta con un servicio medico se anota donde recibe el servicio.
11. que parentesco tiene con la persona que falleció.
12. domicilio del doliente.
13. número telefónico del doliente para estar en contacto con el o ella.
14. se anota si cuenta con casa propia, rentada, etc.

CENTRO VELATORIO

NOTAS ADICIONALES: (31)

4. SERVICIOS DE LA INSTITUCION

DONACION No: (32) MEDICINA: (33) FIRMA: (34) TIPO: (34)

DONACION O DESCUENTO AUTORIZADO POR: (35)

TRAMITES LEGALES: (37) SI NO CROPER: (38)

SERVICIO DE CARROZA O SEPULCRO: (39) SI NO PLACAS: (40) No.

De: (41) A: (41)

HORA SALIDA: (42) AM PM KM SALIDA: (42) AM PM

HRS LLEGADA: (43) AM PM KM LLEGADA: (43) AM PM

COMBUSTIBLE SALIDA: (44) COMBUSTIBLE LLEGADA: (45)

SERVICIO DE SALA VELATORIA No: (46) SI () NO () (1) (2) (3)

SERVICIO DE EMBALSAMAMIENTO: (47)

OBSERVACIONES: (48)

(49)

TRABAJADORA SOCIAL NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
RECIBO DE CUOTA DE RECUPERACION

- 1.- Número de folio
 - 2.- Fecha del día de la estancia
 - 3.- Cuota de recuperación actual
 - 4.- Nombre del beneficiario (albergado)
 - 5.- Edad
 - 6.- Sexo
 - 7.- Estado Civil
 - 8.- Lugar de procedencia colocar municipio y estado o país según sea el caso
 - 9.- Fecha de la elaboración del recibo
 - 10.- Nombre de la trabajadora social que realiza el ingreso
- Observaciones: se emplearan los mismos datos en el formato adjunto, uno queda a resguardo del centro y el otro se da al albergado.

ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS "DR. TOMAS G. PELLICER" (1)

RECIBO DE CUOTA DE RECUPERACION POR CONCEPTO DE ESTANCIA DEL DIA (2)

IMPORTE \$ 3.08 (3)

Beneficiario: (4)

Edad: (5) Sexo: (6) Estado Civil: (7)

Procedencia: (8)

Villahermosa, Tabasco (9)

ORIGINAL (10)

ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS "DR. TOMAS G. PELLICER" (1)

RECIBO DE CUOTA DE RECUPERACION POR CONCEPTO DE ESTANCIA DEL DIA (2)

IMPORTE \$ 3.08 (3)

Beneficiario: (4)

Edad: (5) Sexo: (6) Estado Civil: (7)

Procedencia: (8)

Villahermosa, Tabasco (9)

DESAYUNO, CENA, DORMITORIO ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS (10)

Beneficiario

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO
RECIBO EXENTO DE PAGO

- 1.- Fecha del día de la estancia
- 2.- Nombre del albergado
- 3.- Edad
- 4.- Sexo
- 5.- Estado Civil
- 6.- Procedencia
- 7.- Fecha del día de la elaboración del formato
- 8.- Número de folio
- 9.- Número de folio
- 10.- Nombre del beneficiario

Observaciones: El criterio para dejar exento se basa en el estudio socioeconómico realizado por el personal de Trabajo Social que realice el ingreso y deberá de sustentarlo con un escrito, que quedará a resguardo en el centro o unidad de trabajo.

ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS "DR. TOMAS G. PELLICER" (1)

EXENTO DE PAGO

ESTANCIA POR PERIODO: 1

Beneficiario: (2)

Edad: (3) Sexo: (4) Estado Civil: (5)

Procedencia: (6)

Villahermosa, Tabasco (7)

ORIGINAL (8)

FOLIO: (8)

DESAYUNO, CENA, DORMITORIO ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS

EXENTO DE PAGO

FOLIO: (9)

Beneficiario: (10)

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO DE DONACION

1. Se anota la medida del ataúd que se proporciona según la talla del fallecido.
2. Se anota el no. de sala velatoria que se otorga.
3. Se anota si se realiza el embalsamamiento.
4. Se anota el nombre de la persona que fallece.
5. Se anota el municipio de donde pertenece la persona que solicita el servicio.
6. Lugar y fecha de expedición.
7. Se anota el mes de expedición
8. Se anota el año de expedición
9. Nombre y firma de la persona que solicita los servicios funerarios.
10. Nombre y firma de la trabajadora social que atendió el servicio.

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA TABASCO

SERVICIO EXENTO

RECIBI DEL CENTRO VELATORIO DEL DIF TABASCO EN CALIDAD DE DONACION

ATAUD (1) SALA VELATORIA (2)

EMBALSAMAMIENTO (3)

PARA LA PERSONA QUE EN VIDA LLEVO EL NOMBRE DE: (4)

DEL MUNICIPIO DE: (5)

Villahermosa, Tab. (6) de (7) del 20 (8)

RECIBO (9) ENTREGO (10)

NOMBRE Y FIRMA T.S NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
COMPROBANTE DE EMBALSAMAMIENTO

1. Se anota el nombre del cadáver que se va a embalsamar.
2. Se anota el día del deceso (estos datos se toman del certificado de defunción).
3. Se anota la causa del fallecimiento (se toma del certificado de defunción).
4. Se anota el no. de certificado de defunción.
5. Nombre del medico que extendió el certificado de defunción.
6. Cedula profesional del médico que extiende el certificado de defunción.
7. Anotar la hora en que el doctor prepara el cuerpo.
8. Fecha día y mes en que se realiza el servicio
9. Año que corresponda el servicio
10. Nombre, firma y cedula profesional del medico responsable del servicio.

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

Instrucciones de llenado

- 1 Clasificación de usuarios por municipios del Estado de Tabasco
- 2 Clasificación de usuarios por sesiones de Tabasco y Sur del país
- 3 Control de población por sexo, de acuerdo a datos internos del albergue
- 4 Control de población por género
- 5 Total de albergados que pagaron la cuota del día
- 6 Albergados que por motivo social no pagaron de T.S. no se lo cobra cuota
- 7 Suma de albergados que pagaron y cuota para dar el total del día
- 8 Tabla para registrar el total de albergados que pagaron y cuota por la cuota de recuperación y para
- 9 Razones alimenticias que se otorgan en desayuno y cena del día con el total
- 10 Pláticas de reglamentación, servicios que presta el albergue

Observaciones: el presente es un modelo basado en los datos de la Base de Información del día que corresponde a los habitantes

MUNICIPIO (1)	
BALANCAN	
CARDENAS	
CENTLA	
CENTRO	
COMALCALCO	
CUNDUACAN	
E.ZAPATA	
HUIMANGUILLO	
JALAPA	
JALPA	
IONUTA	
MACLISPANA	
NACAUJA	
PARAISO	
TACOTALPA	
TEAPA	
TENOSIQUE	
TOTAL	

ESTADOS (2)	
TABASCO	
CHIAPAS	
VERACRUZ	
CAMPECHE	
OTROS	
TOTAL	

CONTROL DE POBLACION POR AREA (3)	
ONCO. MUJ.	
ONCO NIÑOS	
A. MIXTAS	
HOMBRES	
MUJERES	
MENORES	
TOTAL ALBERG.	

TOTAL POR GENERO (4)	
HOMBRES	
MUJERES	
NIÑOS	
NIÑAS	
TOTAL ALBERG.	

ALBERG. PAG.	5
ALBERG. EXEN.	6
TOTAL ALBERG.	7
CUOTA RECUP.	8

DESAYUNOS	9
CENAS	
TOTAL RACION	

PLATICAS T. S.	10
----------------	----

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL
INSTRUCCIONES DE LLENADO
DE FORMATO DE RACIONES OTORGADAS DIARIAS

1. Mes corriente
2. Día (fecha de inicio del mes) con año
3. Cantidad de desayunos otorgados diariamente
4. Total de desayunos de la semana
5. Cantidad de cenas otorgadas diariamente
6. Total de cenas de la semana
7. Total diario de desayuno y cena
8. Total semanal de desayuno y cena
9. Total del mes

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL
Albergue para Familiares de Enfermos

TOTAL DE ALIMENTOS OTORGADOS (DESAYUNO/CENA)

MUNICIPIO	MAY 13		MUNICIPIO	MAY 13	
	Desayuno	Cena		Desayuno	Cena
BALANCAN					
CARDENAS					
CENTLA					
CENTRO					
COMALCALCO					
CUNDUACAN					
E.ZAPATA					
HUIMANGUILLO					
JALAPA					
JALPA					
IONUTA					
MACLISPANA					
NACAUJA					
PARAISO					
TACOTALPA					
TEAPA					
TENOSIQUE					
TOTAL					

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIA

INSTRUCCIONES PARA LLENADOFORMATO
ENTREGA DE GUARDIA DE TRABAJO SOCIAL DEL AFE

- 1.- Hora que inicia y concluye la entrega de guardia
- 2.- Fecha del día de entrega de guardia
- 3.- Nombre del personal de trabajo social que entrega el turno
- 4.- Nombre del personal de trabajo social que recibe el turno
- 5.- Se señalan todos los conceptos mencionados en el presente formato a la trabajadora social que recibe
- 6.- Se anotan las incidencias suscitadas hasta el momento de la entrega del turno para hacer de conocimiento al turno que recibe
- 7.- Firma de la trabajadora social que entrega el turno
- 8.- Firma de la trabajadora social que recibe el turno

FORMATO CAMBIO GUARDIAS TRABAJO SOCIAL
ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS
DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

HORARIO ENTREGA: []

Día: []

Nombre del empleado que entrega: []

Nombre del empleado que recibe: []

El presente formato es el medio para seguimiento y manejo óptimo de las áreas de trabajo social por parte del personal a cargo de Trabajo Social del Albergue para Familiares de Enfermos.

Conceptos a revisar (5):

<input type="checkbox"/> 3 Candeleros y 1 Cadena	<input type="checkbox"/> Frigorifer	<input type="checkbox"/> Formato Concentrado
<input type="checkbox"/> 16 llaves	<input type="checkbox"/> 10 Bocinas	
<input type="checkbox"/> Computador en función	<input type="checkbox"/> Impresora	
<input type="checkbox"/> Instalaciones en óptimas condiciones	<input type="checkbox"/> Bitácora al día	
<input type="checkbox"/> Sobres con dinero	<input type="checkbox"/> Equipo de video	
<input type="checkbox"/> 6 control remoto	<input type="checkbox"/> Baños externos limpios	
<input type="checkbox"/> Espritadores de Oficina y Sala de T.V.	<input type="checkbox"/> Pintaron	

Incidencias: []

Firma del empleado que entrega: [] Firma del empleado que recibe: []

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR Y ASISTENCIA SOCIAL

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO
FORMATO INFORME NUMERICO DE INGRESO

1. Fecha del mes y año correspondiente
2. Periodo del informe por semanas
3. Relación total de usuarios por municipios del estado de Tabasco
4. Relación de usuarios por estado de Tabasco y del Sureste de la república
5. Relación de control de población por áreas
6. Relación de control por género
7. Total de albergados que pagaron su cuota y exentos de pago
8. Cuota de recuperación de cada periodo
9. Cantos de raciones alimenticias desayunos y cenas
10. Pláticas de trabajo social otorgadas en el centro
11. Personas de la tercera edad divididos por genero
12. Total de la clasificación familiar
13. Columna de totales por acumulado.

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO
REGISTRO INICIAL

- 1.- Fecha en que se inicia el expediente
- 2.- Hora en que inicia el expediente
- 3.- Número consecutivo del expediente
- 4.- Número del abogado que se le asignó el expediente
- 5.- Nombre de la persona que solicitó la asesoría
- 6.- Número telefónico Celular de la persona que solicitó la asesoría
- 7.- Número telefónico de casa de la persona que solicitó la asesoría
- 8.- Número telefónica del Trabajo de la persona que solicitó la asesoría
- 9.- Número telefónico de algún familiar o conocido de la persona que solicitó la asesoría
- 10.- Domicilio de la persona que solicitó la asesoría
- 11.- Nombre de la persona que se mandará a citar
- 12.- Asunto por el cual se inició el expediente (Pensión alimenticia, custodia, convivencia, etc.)

INFORME SEMANAL DEL ALBERGUE PARA FAMILIARES DE ENFERMOS				
MES Y AÑO (1)				
PAYADOR (3)				
ALBERGADOS POR MUNICIPIOS (3)				TOTAL (3)
BALANCAN				
CARDENAS				
CENTLA				
CENTRO				
COMALCALCO				
CUNUCUMAN				
EL ZAPATA				
HUAMANTULLO				
JALAPA				
JALPA				
JOMITA				
MACILPAN				
MAZAJUCA				
PARURO				
TACOTALPA				
TEAPA				
TENOSIQUE				
TOTAL				
ALBERGADOS POR ESTADO (4)				
TABASCO				
CHIAPAS				
VERACRUZ				
QUINTANA ROO				
OTROS				
TOTAL				
CONTROL DE PoblACION POR AREA (5)				
CINCOLOSA MUJERES				
CINCOLOSA NIÑOS				
AMBAS MIXTAS				
HOMBRES				
MUJERES				
TOTAL				
CUOTA POR GENERO (6)				
HOMBRES				
MUJERES				
NIÑOS				
NIÑAS				
TOTAL ALBERGADOS (7)				
PAGADOS				
EXENTOS				
TOTAL				
CUOTAS DE RECUPERACION (8)				
PAYADOR				
OTRO				
TOTAL				
RACIONES ALIMENTICIAS (9)				
DESAYUNO				
CENA				
TOTAL				
PLÁTICAS DE TRABAJO SOCIAL (10)				
PERSONAS DE LA TERCERA EDAD (11)				
PERSONAS				
MARCHAND				
TOTAL				
TOTAL POR AREA (12)				
ESTERNA				
MONOPARENTAL				
MIXTA				
TOTAL				

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 39
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmif_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

REGISTRO INICIAL

FECHA _____ 1

HORA _____ 2

Expediente No. _____ /2013- _____ 3 4

Compareciente (s). _____ 5

No. Telefónico Cel. _____ Casa _____ 6 7

Trabajo. _____ 8 Otro. _____ 9

Domicilio _____ 10

Citados: _____ 11

Asunto: _____ 12

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 39
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmif_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO COMPARECENCIA VOLUNTARIA

- 1. Número consecutivo de expediente
2. Número de abogado que le correspondió el expediente
3. Hora de inicio de la constancia
4. Día de inicio de la constancia
5. Mes de inicio de la constancia
6. Persona que supervisa la constancia y acuerda la situación jurídica
7. Persona que elabora el documento
8. Persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
9. Lugar de origen de la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
10. Edad de la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
11. Estado Civil de la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
12. Nivel escolar de la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
13. Actividad a la que se dedica la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
14. Domicilio de la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
15. Número Telefónico de la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
16. Documento con el que se identifica la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
17. Narración breve del asunto planteado por la persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
18. Hora en la que se desahogara la conciliación
19. Día en que se desahogara la conciliación
20. Mes en que se desahogara la conciliación
21. Persona que solicitó el apoyo jurídico de conciliación
22. Persona que supervisa la constancia y acuerda la situación jurídica
23. Persona que elabora el documento
24. Testigos que asisten en la diligencia de conciliación

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO CITATORIO

- 1. Número de Citatorio (Primero, segundo o Tercero)
2. Número consecutivo de expediente
3. Número de abogado que le correspondió el expediente
4. Día de elaboración del citatorio
5. Mes de elaboración del citatorio
6. Persona citada
7. Asunto por el cual se le citó
8. Persona que lo citó
9. Día de la conciliación
10. Mes de la conciliación
11. Hora de la conciliación
12. Lugar en el cual se efectuara la conciliación
13. Nombre y cargo del abogado que elabora el citatorio

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

Formulario de comparecencia voluntaria con campos numerados del 1 al 24 para llenado de datos personales y legales.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

Formulario de citatorio con campos numerados del 1 al 13 para llenado de datos del citatorio y la diligencia.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO SOLICITUD DE VALORACION PSICOLOGICA

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO SOLICITUD DE TRABAJO SOCIAL

1. Número de Expediente Jurídico
2. Fecha de solicitud de la valoración
3. Nombre de las persona que vayan a valorarse
4. Motivo por el cual se solicita la valoración (Custodia, Maltrato, omisión, etc.)
5. Descripción breve del asunto que motivo al abogado a solicitar la valoración
6. Descripción de lo que requiere saber a través de la valoración
7. Fecha en que se llevara a cabo la valoración
8. Psicóloga que realizara la valoración
9. Nombre y cargo de la persona que solicita la valoración

1. Número de Expediente Jurídico
2. Fecha de solicitud del trabajo social
3. Nombre de las personas a investigarse
4. Motivo por el cual se solicita la investigación de trabajo social (Custodia, Maltrato, omisión, etc.)
5. Descripción breve del asunto que motivo al abogado a solicitar el trabajo social
6. Domicilio en el cual se realizara la investigación de trabajo social
7. Descripción de lo que requiere el abogado que se investigue
8. Nombre y cargo de la persona que solicita el trabajo social

Prolongación de Anacleto Castañal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_difatabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Castañal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_difatabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

SOLICITUD DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA.

EXP. NUM. 1

FECHA DE SOLICITUD: _____ 2

NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) A VALORAR: _____ 3

MOTIVO DE LA VALORACIÓN: _____ 4

ASUNTO: _____ 5

REQUERIMIENTOS: _____ 6

CITA: _____ 7

PSICÓLOGA: _____ 8

SOLICITANTE: _____ 9

SOLICITUD DE TRABAJO SOCIAL NUM. DE EXP.

NUM. DE EXP. 1

FECHA DE SOLICITUD: _____ 2

NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) A INVESTIGAR: _____ 3

MOTIVO DE LA INVESTIGACIÓN: _____ 4

ASUNTO: _____ 5

DOMICILIO REFERENCIA: _____ 6

REQUERIMIENTOS: _____ 7

SOLICITANTE: _____ 8

Prolongación de Anacleto Castañal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_difatabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Castañal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_difatabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO CANALIZACION

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO VALORACION PSICOLÓGICA

1. Fecha de elaboración de la canalización
2. Nombre y cargo de la persona a la que va dirigida la canalización
3. Nombre de la persona canalizada
4. Descripción del motivo de la canalización y trámite del cual solicita apoyo (para elaboración de demanda, inicio de averiguación previa, etc.)
5. Persona que elabora la canalización.

1. Número de expediente jurídico
2. Nombre y número de cedula profesional de la persona asignada.
3. Nombre de la persona valorada
4. Edad de la persona valorada
5. Fecha de Nacimiento de la persona valorada
6. Sexo de la persona valorada
7. Escolaridad de la persona valorada
8. Estado Civil de la persona valorada
9. Religión de la persona valorada
10. Ocupación de la persona valorada
11. Fuente de información: Se exponen las fuentes de donde se obtiene la información de la valoración, que son la entrevista, la observación directa y la aplicación de pruebas
12. Método: Se expone la forma en la que se valora a la persona que es por medio del análisis deductivo e inductivo.
13. Fecha de valoración: las fechas en que se lleva a cabo la valoración.
14. Motivo del Informe: Se expone la razón por la cual se está solicitando la valoración psicológica.
15. Examen mental: Se describe el estado mental de la persona que se está valorando
16. Antecedentes del problema: se solicita que la persona valorada exponga el antecedente del problema por el cual está llevando un juicio.
17. Descripción del conflicto: Se pide que la persona valorada exponga cómo se ha suscitado el problema.
18. Situación actual: se solicita que la persona valorada exponga su situación actual ante el conflicto.
19. Interpretación de pruebas psicológicas y observaciones: Se exponen los resultados de la aplicación de pruebas y observaciones en general sobre la persona valorada.
20. Conclusión: Se expone un resumen de la integración de todas las partes de la valoración y se exponen posibles soluciones y la conclusión del problema.
21. Se firma la valoración con el nombre de la psicóloga designada para realizar la valoración.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

CANALIZACION

Número de Expediente:

Villahermosa, Tabasco, _____

C. _____
Presente:

Por medio del presente me permito canalizarle a _____ para que se le brinde apoyo toda vez que desea _____

Sin otro particular me despido enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE: _____

LA SUSCRITA LIC. EN PSICOLOGIA "N", CON CEDULA PROFESIONAL "N", ADSCRITA A LA PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF-TABASCO, EMITO LA SIGUIENTE VALORACIÓN PSICOLÓGICA:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

Ocupación: _____

FUENTE DE INFORMACIÓN:

MÉTODO: _____

FECHA DE VALORACIÓN: _____

MOTIVO DEL INFORME: _____

EXAMEN MENTAL: _____

RESUMEN DE LA ENTREVISTA: _____

Antecedentes del problema _____

Descripción del conflicto: _____

Situación Actual _____

INTERPRETACION DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS: _____

CONCLUSIÓN: _____

ATENTAMENTE PSIC. "N"

ADSCRITA A LA PRODEMFA DIF-TABASCO

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO
LIBRETA DE CONTROL DE PSICOLOGIA

1. Se anota la fecha en que se recibe el oficio
2. Se anota el número de expediente del oficio
3. Se anota el juzgado que remite el oficio
4. Se anota el nombre de la psicóloga asignada a llevar el seguimiento de la solicitud enviada por el juzgado
5. Se anota el número de expedientes consecutivo que se lleva en el departamento de psicología

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 36
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodenfia_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

LIBRETA DE CONTROL DE PSICOLOGÍA

1	2	3	4	5
FECHA DE RECEPCION DE OFICIO	NUMERO DE EXPEDIENTE	JUZGADO QUE REMITE	PSICÓLOGA ASIGNADA	NUMERO DE CONSECUTIVO DE EXPEDIENTES DE PSICOLOGIA

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 36
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodenfia_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO
SOLICITUD DE ADOPCION

- 1.- Número de Registro Asignado por el Departamento de Adopciones.
- 2.- Fecha en que se elaboró la solicitud.
- 3.- Datos generales de los solicitantes de adopción.
- 4.- Nombre del Solicitante de adopción.
- 5.- Nombre de la Solicitante de adopción.
- 6.- Fecha de nacimiento de los solicitantes de adopción.
- 7.- Lugar de nacimiento de los solicitantes de adopción.
- 8.- Edad de los solicitantes de adopción.
- 9.- nacionalidad de los solicitantes de adopción.
- 10.- Escolaridad última de los solicitantes de adopción.
- 11.- religión de los solicitantes.
- 12.- Fecha de matrimonio de los solicitantes de adopción.
- 13.- Pregunta referente si es el primer matrimonio de cada uno de los solicitantes.
- 14.- Nombre del jefe directo del solicitante de adopción.
- 15.- Nombre del jefe directo de la solicitante de adopción.
- 16.- Horario de trabajo de la solicitante.
- 17.- horario de trabajo del solicitante.
- 18.- Actividad que realizan los solicitantes en su tiempo libre.
- 19.- Ingreso mensual de cada uno de los solicitantes.
- 20.- Egreso mensuales detallado de los solicitantes.
- 21.- Datos específicos de la vivienda de los solicitantes.
- 22.- Personas distintas a los solicitantes que viven en la misma vivienda.
- 23.- Distribución específica de la vivienda de los solicitantes.
- 24.- Media filiación de los solicitantes.
- 25.- Razón breve por la cual los solicitantes desean adoptar.
- 26.- Datos concretos del menor que desean adoptar los solicitantes.
- 27.- Motivo por el cual desean adoptar los solicitantes.
- 28.- Dato concreto si han procreado hijos biológicos los solicitantes.
- 29.- Domicilio Actual de los solicitantes.
- 30.- Organización familiar de los solicitantes.
- 31.- Condición actual laboral de cada uno de los solicitantes.
- 32.- Referencia de los solicitantes si cuentan con alguna otra solicitud de adopción en otra dependencia.
- 33.- Autorización de los solicitantes para que el DIF, pueda obtener información adicional si es necesario.
- 34.- Declaración del Sistema DIP-Tabasco.
- 35.- Firma de los solicitantes.
- 36.- Datos de la persona quien recibe la solicitud.
- 37.- Datos generales del seguimiento a la solicitud de adopción.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 36
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodenfia_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

SOLICITUD DE ADOPCION

NUMERO DE REGISTRO → 1

FECHA DE SOLICITUD

DIAS	MES	AÑO

 → 2

3 ← DATOS GENERALES

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES

4 ← ESPOSO: _____

NOMBRE A. PATERNO A. MATERNO

5 ← ESPOSA: _____

NOMBRE A. PATERNO A. MATERNO

6 ← FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

7 ← LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

8 ← EDAD: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

9 ← NACIONALIDAD: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

10 ← ESCOLARIDAD: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

11 ← RELIGION: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

12 ← FECHA DE MATRIMONIO: _____

ESPOSO _____ ESPOSA _____

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 36
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodenfia_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

13 ← ¿ES SU PRIMER MATRIMONIO?

ESPOSO _____ ESPOSA _____

14 ← ESPOSO _____ ESPOSA _____

15 ← NOMBRE DEL JEFE DIRECTO NOMBRE DEL JEFE DIRECTO

16 ← HORARIO DE TRABAJO HORARIO DE TRABAJO

17 ←

18 ← INDIQUEN EN QUE OCUPAN SU TIEMPO LIBRE:

19 ← INGRESOS MENSUALES:

20 ← ESPOSO: _____ ESPOSA: _____

OTROS: _____

EGRESOS MENSUALES

ALIMENTACION	_____
RENTA PREDIAL ANUAL	_____
LUZ	_____
COMBUSTIBLE	_____
VESTIDO	_____
DIVERSIONES Y PASEOS	_____
TRANSPORTE	_____
SEGUROS	_____
AHORROS	_____
OTROS	_____
TOTAL	_____

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 36
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodenfia_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

21 ← DATOS DE LA VIVIENDA:

CASA SOLA DEPARTAMENTO CONDOMINIO
 PROPIA RENTADA HIPOTECA
 DE LA FAMILIA

22 ←
 23 ← PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA (OTROS FAMILIARES, ABUELOS, ETC.)

24 ← DISTRIBUCION:

SALA RECAMARA COMEDOR
 COCINA BAÑO OTROS

EN QUE ZONA SE UBICA:

RESIDENCIAL URBANA POPULAR
 SUBURBANA

DESCRIPCION DE LOS SOLICITANTES:

ESPOSO	ESPOSA
ESTATURA: _____	ESTATURA: _____
PESO: _____	PESO: _____
COLOR DE OJOS: _____	COLOR DE OJOS: _____
COLOR DE PELO: _____	COLOR DE PELO: _____
COMPLEXION: _____	COMPLEXION: _____
TEZ: _____	TEZ: _____

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 15 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

25 ← RAZON POR LA CUAL DESEAN ADOPTAR:

26 ← _____

27 ← SEXO Y EDAD DESEADOS:

28 ← SEXO FEMENINO MASCULINO EDAD: _____

29 ← MOTIVO: _____

¿TUVO DESCENDIENTES?

ESPOSO _____ ESPOSA _____

DOMICILIO ACTUAL:

CALLE _____ NUM. _____ COLONIA _____

C. P. _____ CIUDAD _____ ENTIDAD _____

TELEFONO _____ OFICINA _____

TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL DOMICILIO ACTUAL: _____

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 15 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

30 ← ORGANIZACIÓN FAMILIAR:

LA FAMILIA CUENTA ACTUALMENTE CON: HIJOS NO TIENE
 NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE LOS SOLICITANTES:

31 ← NOMBRE _____ EDAD _____ PARENTESCO _____ ESCOLARIDAD _____

CONDICIONES LABORALES DE LOS SOLICITANTES

ESPOSO	ESPOSA
OCCUPACION _____	OCCUPACION _____
PUESTO _____	PUESTO _____
ANTIGÜEDAD _____	ANTIGÜEDAD _____
NOMBRE DE LA EMPRESA _____	NOMBRE DE LA EMPRESA _____
DEPARTAMENTO _____	DEPARTAMENTO _____
DOMICILIO _____	DOMICILIO _____
TELÉFONO _____	TELÉFONO _____

¿HA SOLICITADO ADOPCIÓN EN ESTA U OTRA DEPENDENCIA?

SI: NO: CÍALÉ _____

AUTORIZACIÓN DE LOS SOLICITANTES:

AUTORIZAMOS AL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA A VERIFICAR LOS DATOS QUE CONTIENE ESTE SOLICITIO Y OBTENER LA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE ESTIME NECESARIA.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 15 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

34 ← DECLARACION DEL SISTEMA

- LA FALSEDADE DECLARACION EN LA PRESENTE SOLICITUD, OCASIONA SU CANCELACION.
- LA DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑE A ESTA SOLICITUD, AL IGUAL QUE LOS ESTUDIOS PRACTICADOS, ASI COMO SUS RESULTADOS SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SE CONSERVARAN EN LOS ARCHIVOS DE LA INSTITUCION.
- APROBADA LA SOLICITUD POR EL CONSEJO TECNICO DE ADOPCIONES DEL SISTEMA, LA ASIGNACION DEL MENOR EN ADOPCION ESTARA SUJETA A LA DISPOSICION DE MENORES CUYA SITUACION FORTALEZCA ESTE RESULTADO Y LOS ASPECTOS BIOPESOSOCIALES DE SU PROBLEMÁTICA LO PERMITAN.

35 ← FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FIRMA DEL SOLICITANTE _____

36 ← DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA SOLICITUD:

NOMBRE _____
 CARGO: _____

37 ← SEGUIMIENTO DEL TRÁMITE

FECHA DE PRIMERA ENTREVISTA: _____

FECHA DE ENTREGA DE SOLICITUD: _____
 FECHA DE RECIBO DE SOLICITUD Y DOCUMENTACION COMPLETA: _____

RESOLUCION: _____
 FECHA DE RESOLUCION: _____

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 15 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
FICHA TECNICA DE EVENTOS

- 1.- Fecha de elaboración del Evento
- 2.- Nombre del evento a realizarse
- 3.- Seleccione Si o no si se requiere la presencia de la Presidenta del Consejo Consultivo Ciudadano
- 4.- Describa brevemente porqué se requiere la presencia de la Presidenta del Consejo Consultivo Ciudadano
- 5.- Detallar brevemente en que consiste el evento, así como si existe algún antecedente al respecto
- 6.- Fecha del Evento a realizarse
- 7.- Seleccione si o no si es posible recorrer el evento
- 8.- Mencione población objetivo del evento (Grupo vulnerable: localidad y comunidad)
- 9.- Mencione hora del inicio del evento
- 10.- Mencione hora de término del evento
- 11.- Mencione duración del evento
- 12.- Mencione el número de invitados para el evento
- 13.- Mencione hora de acceso de los invitados que asistirán al evento
- 14.- Mencione hora de acceso de los coordinadores que asistirán al evento
- 15.- Indicar la dirección exacta, referencias y de ser posible un croquis de acceso del lugar del evento
- 16.- Mencione tipo de vestimenta para el evento
- 17.- Proporcionar nombres y cargos completos de la Comitiva
- 18.- Describir cada una de las actividades que desea sean incluidas dentro de su programa, indicar recorridos, oradores con su cargo completo y tema, tiempos, etc.
- 19.- En caso de haber presidium o mesa de honor, se mencionan por orden de importancia los nombres y cargos completos de los invitados que estarán en el presidium
- 20.- En caso de ser un evento conjunto, mencione los datos de entes u organizadores en otras dependencias
- 21.- Indicar las necesidades y el formato para la realización del evento (requerimientos)
- 22.- Mencionar nombre completo de invitados y cargos de cada uno
- 23.- Mencionar si los asistentes llegan en autobuses, por sus propios medios, etc
- 24.- Señalar el lugar de entrada y que tipo de identificación portarán los invitados para ingresar al evento, si es invitación, gafete, lista, reconocimiento por parte de los responsables y en su caso informar si habrá acceso a discapacitados.
- 25.- Mencione si o no si se requiere cobertura de prensa
- 26.- Mencione que tipo de cobertura requiere de prensa
- 27.- Mencione si o no si requiere maestro de ceremonia
- 28.- Mencionar el nombre del maestro de ceremonia o moderador
- 29.- Mencione si o no si se requiere de apoyo con edecanes
- 30.- En caso de requerir edecanes anote la procedencia, el número, la lista de nombres completos y el uniforme que portaran
- 31.- Mencione si requiere de impresos especiales o promocionales
- 32.- Mencione el tipo de material, en caso de requerir apoyo del área de diseño gráfico (Folletos, invitaciones, Lomas, Pendones, Promocionales)
- 33.- Anote el nombre del Director de Área o Titular de Unidad responsable del evento (teléfonos de oficina, celular, etc.)
- 34.- Anote el nombre de la Persona responsable del evento (teléfonos de oficina, celular, etc.
- 35.- Mencione alguna observación general o datos a considerar del evento

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 985 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

- 36.- Anote ideas principales y datos estadísticos para elaboración del mensaje o discurso de la Presidenta del Consejo Consultivo Ciudadano
- 37.- Anote ideas principales y datos estadísticos para elaboración del mensaje o discurso del Coordinador General
- 38.- Anote nombre, cargo, teléfono de oficina, celular, de la persona responsable de elaborar la ficha técnica.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 985 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

FICHA TECNICA DE EVENTOS

Fecha Estimada del Evento: 1

NOMBRE DEL EVENTO 2			
REQUIERE PARTICIPACIÓN DE LA PRESIDENTA DEL CONSEJO CONSULTIVO CIUDADANO (Si / No) 3	JUSTIFIQUE BREVEEMENTE PORQUE SE REQUIERE LA PRESENCIA DE LA PRESIDENTA DEL CONSEJO CONSULTIVO CIUDADANO CONSULTIVO (Justificación) 4		
CONCEPTO DEL EVENTO Y ANTECEDENTES 5 (Detallar brevemente en que consiste el evento, así como si existe algún antecedente al respecto).			
FECHA ESTIMADA DEL EVENTO 6	¿ES POSIBLE RECORRER LA FECHA HACIA ADELANTE? (Si / No) 7	POBLACIÓN OBJETIVO (Grupo Vulnerable/ Localidad/ Comunidad) 8	
HORA INICIO DEL EVENTO 9	HORA DE TÉRMINO 10	DURACIÓN DEL EVENTO 11	
NÚMERO DE INVITADOS 12	HORA DE ACCESO DE LOS INVITADOS 13	HORA DE ACCESO DE LOS COORDINADORES 14	

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 985 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

LUGAR O SEDE DEL EVENTO (Se solicita Indicar la dirección exacta, referencias y de ser posible un croquis de acceso) 15	1
TIPO DE VESTIMENTA (Formal / Informal) 16	1
COMITIVA DE RECEPCIÓN (Proporcionar nombres y cargos completos de la Comitiva) 17	1

DISEÑO DEL EVENTO

PROGRAMA A DESARROLLARSE (Se solicita describir cada una de las actividades que desea sean incluidas dentro de su programa, indicar recorridos, oradores con su cargo completo y tema, tiempos, etc.) 18	Programa de Actividades (Junta) 1
INTEGRANTES DE PRESIDIO O MESA DE HONOR (En caso de haber presidium o mesa de honor, se solicita enviar propuestas por orden de importancia con nombres y cargos completos de los invitados que estarán acompañados). 19	1
ENLACE CON OTRAS DEPENDENCIAS (En caso de ser un evento conjunto, anotar los datos de entes u organizadores en otras dependencias) 20	20

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 985 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemsa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

DEFINICIÓN DE MONTEAJE Indicar las necesidades y el formato para la realización del evento en los siguientes puntos: • Presídium • Silera • Mamparas • Arreglos • Coffee break • Canchales • Equipo de Computo • Equipo de Audio • Equipo de Video (Proyector) • Etc.		21
LISTA DE INVITADOS (En caso de no ser un evento masivo, anejar listado completo de Invitados, con nombre y cargo)		22
ARRIBO DE LOS INVITADOS (Informar si los asistentes llegan en autobuses, por sus propios medios, etc.)		23
CONTROL Y LUGAR DE ACCESO ALEVENTO (Señalar el lugar de entrada y que tipo de identificación portarán los Invitados para ingresar al evento, si es invitación, gafete, lista, reconocimiento por parte de los responsables y en su caso informar si habrá acceso a discapacitados).		24
¿REQUIERE COBERTURA DE PRENSA? (Si / No)	¿QUE TIPO DE COBERTURA SE REQUIERE? (Rueda de Prensa, Recorrido con Medios, Entrevistas Privada, Etc.)	25 26
¿REQUIERE MODERADOR O MAESTRO DE CEREMONIAS?	DATOS DEL MODERADOR O MAESTRO DE CEREMONIA PROPUESTO (Anota el Nombre y los Datos de Contacto)	27 28

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO LISTA DE ASISTENCIA DE CAPACITACION

- Número total de Mujeres que asistieron a la plática
- Número total de Hombres que asistieron a la plática
- Número total de niñas que asistieron a la plática
- Número total de niños que asistieron a la plática
- Fecha de la plática
- Población objetivo (Mujeres, Hombres, niños, niñas, maestros, padres de familias, etc)
- Nombre de la plática
- Responsable del instructor/capacitador que impartió la plática
- Lugar (Centro/Domicilio: Municipio, colonia, donde se impartió la plática)
- Número consecutivo de participantes
- Nombre de los participantes
- Edad de los Participantes
- Sexo de los Participantes (Hombre/Mujer)

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

¿REQUIERE EDECANES? (Enviar lista con nombres completos y el uniforme que portarán)	EN CASO DE REQUERIR EDECANES ANOTE LA PROCEDENCIA, EL NÚMERO, LA LISTA DE NOMBRES COMPLETOS Y EL UNIFORME QUE PORTARAN (Anejar datos)	29 30
¿REQUIERE IMPRESOS ESPECIALES, FOLLETOS O PROMOCIONALES?	DETALLE EL TIPO DE MATERIAL, EN CASO DE REQUERIR APOYO DEL ÁREA DE DISEÑO GRÁFICO (Folletos, invitaciones, Lomas, Pandonas, Promocionales)	31 32
RESPONSABLE DEL EVENTO (Director de Área o Titular de Unidad) Proporcionar nombre y cargo del titular de la institución, teléfonos de oficina, celular, etc.	33	
COORDINADOR DEL EVENTO (Jefe de Unidad o Titular de Centro Asistencial) Proporcionar el nombre, cargo completo, teléfonos de oficina, celular etc. para las consultas necesarias.	34	
OBSERVACIONES GENERALES: (Datos especiales a considerar)	35	
LÍNEAS DISCURSIVAS		
EN CASO DE REQUERIR BREVE MENSAJE O DISCURSO DE LA PRESIDENTA DEL CONSEJO CIUDADANO CONSULTIVO ANEXE LÍNEA DISCURSIVAS Y DATOS CLAVES (Anota ideas principales y datos estadísticos para elaboración del mensaje o discurso)	36	
EN CASO DE REQUERIR BREVE MENSAJE O DISCURSO DEL COORDINADOR GENERAL ANEXE LÍNEA DISCURSIVAS Y DATOS CLAVES (Anota ideas principales y datos estadísticos para elaboración del mensaje o discurso)	37	
NOMBRE, CARGO, ÁREA Y DATOS DE CONTACTO DE QUIEN INTEGRO LA FICHA	38	

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

LISTA DE ASISTENTES A PLÁTICAS DE CAPACITACION

LISTA DE ASISTENTES A PLÁTICAS DE CAPACITACION			
1	2	3	4
N. MUJERES	N. HOMBRES	N. NIÑAS	N. NIÑOS

Fecha: _____ 5
Población Objetivo: _____ 6
Nombre de la Plática: _____ 7
Responsable: _____ 8
Lugar: _____ 9

10	11	12	13
NO.	NOMBRE	EDAD	SEXO

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO ACTA DE INSTALACION DEL COMITÉ IMPULSOR DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ESTADO DE TABASCO

- 1.- Hora del evento
2.- Fecha del evento
3.- Lugar donde se está realizando el evento
4.- Domicilio del lugar del evento
5.- Nombre y cargo de los integrantes del Comité impulsor
6.- Antecedentes del Comité (Objetivos y facultades del Comité impulsor)
7.- Clausulas (el acuerdo tomado y fundamento legal pueden ser más de una clausula)
8.- Hora del término del evento
9.- Nombres y cargo de los integrantes del Comité para firma del Convenio

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmim_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

ACTA DE INSTALACION DEL COMITÉ IMPULSOR DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ESTADO DE TABASCO.

En la Ciudad de Villahermosa, siendo las horas del día reunidos en el lugar que ocupa la ubicado en en se encuentran reunidos los

para instalar el COMITÉ IMPULSOR DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ESTADO DE TABASCO, de conformidad con la prevención en los artículos 81,82,83, 84 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Tabasco, al tenor de los siguientes: antecedentes y clausulas.

ANTECEDENTES

- 1.-
2.-

CLAUSULA

ÚNICA-

Siendo las se cierra la presente acta de instalación del Comité Impulsor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Tabasco, firmando al calce todos los que en ella intervienen, quienes aceptan el cargo que respectivamente les ha sido conferido.

INTEGRANTES DEL COMITÉ

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmim_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO ACTA DE COMPROMISO

- 1. Número de expediente
2. Número de acta
3. Hora de la elaboración del acta
4. Fecha en la que se elabora el acta
5. Mes en el que se elabora el acta
6. Año en el que se elabora el acta
7. Nombre del Asesor Jurídico que elabora el acta
8. Nombre de las personas que comparecen
9. Edad de la persona que comparece
10. Estado civil de la persona que comparece
11. Ocupación de la persona que comparece
12. Domicilio actual de la persona que comparece
13. Descripción del documento con que se identifica el compareciente
14. Antecedentes, se describe los documentos que obran en el expediente
15. Clausulas, se describen los compromisos que adquieren los comparecientes
16. Firma del compareciente
17. Firma del Asesor Jurídico
18. Firma de los Testigos de Asistencia

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmim_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

ACTA COMPROMISO

1 EXPEDIENTE:
2 ACTA NÚMERO
3 En la Ciudad de Villahermosa, capital del Estado de Tabasco, República Mexicana, siendo las horas del día del mes de del año las se da cuenta de la presente diligencia al se da cuenta de la presente diligencia al adscrito a Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIF-Tabasco, actuando, con sus testigos de asistencia quienes certifican y firman al final.
8 Seguidamente se hace constar las presencias de los CC, quienes bajo protesta de conducirse con verdad por sus generales la primera compareciente dijo llamarse como ha quedado escrito, ser de años de edad, estado civil de ocupación con domicilio actual y quien en estos momentos se identifica con credencial de elector con número de folio expedida por el IFE, la cual luego de cotejarse se devuelve por ser de su uso personal; quienes comparece en pleno uso y goce de sus facultades y derechos familiares para contraer y formalizar la presente acta de acuerdo a los siguientes: ANTECEDENTES

I.-
II.-
III.- por lo que después de haber platicado ampliamente sobre la reintegración de la mejor a su familia, se procede en este acto a celebrar la presente acta de compromiso, al tenor de las siguientes: CLAUSULAS

PRIMERA: Que la C. en este acto se compromete, a brindar los cuidados necesarios para su normal desarrollo físico, mental y emocional a la menor y estar al pendiente de sus necesidades, procurándole en todo momento los cuidados y atenciones que requieren.
SEGUNDA: Que la C. es responsable de las atenciones y cuidados de la menor se compromete a estar al pendiente de las necesidades y cuidados de su nieta, a proporcionarle el cariño y la atención necesaria.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmim_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

pendiente de las necesidades y cuidados de su nieta, a proporcionarle el cariño y la atención necesaria.

TERCERA: La C. en este acto se compromete a presentar a la menor tanta y cuantas veces sean requeridas por esta u otra autoridad a fin de dar un seguimiento puntual al cumplimiento de los términos establecidos en la presente acta. CUARTO: Por otra parte las comparecientes están de acuerdo con lo manifestado en las cláusulas que antecedan aceptándolo en su entera satisfacción toda vez que en el presente documento, no existe ninguno de los vicios sancionados por la ley, como son dolo, error o mala fe, ni ninguna otra causal que pueda invalidar este documento, toda vez que lo asentado en todas y cada una de las cláusulas es voluntad de las partes, ya que el compareciente tienen la capacidad legal para dicho acto y que el mismo, no se encuentra en contra de la moral al derecho y a las buenas costumbres.

QUINTO: Visto y oído lo anterior se tiene la C. por celebrada la presente acta de compromiso, misma que es ratificada por las partes por lo que es todo lo que tienen que manifestar previa lectura de lo actuado lo ratifican, firman, rubrican y estampan sus huellas.
SEXTO: Es propósito de esta institución velar por el bienestar de los menores, a través de las medidas de protección establecidas en la Ley, dando con ello cumplimiento AL NUMERAL 33 DEL DECRETO CONSTITUTIVO DE LA LEY DEL SISTEMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOCIAL Y EN CORRELACIÓN CON LOS ARTÍCULOS 89 FRACCIÓN I, 94, 102, 103 Y 104 DE LA LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VIGENTE EN EL ESTADO DE TABASCO.

CÚMPLASE SE CIERRA Y SE AUTORIZA LO ACTUADO. DAMOS FE.

16 COMPARECIENTES:
17 POR EL DIF-TABASCO
18 TESTIGOS DE ASISTENCIA

16 COMPARECIENTES:
17 POR EL DIF-TABASCO
18 TESTIGOS DE ASISTENCIA

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesmim_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO SOLICITUD DE ATENCIÓN DE DENUNCIA ANÓNIMA

1. Número consecutivo de folio
2. Fecha de recepción de la denuncia
3. Nombre del investigado
4. Edad del investigado
5. Problemática de los hechos denunciados o resumen del reporte
6. Domicilio particular a investigar
7. Referencia con la cuales se identifica el domicilio
8. Motivo de la investigación, especificando asunto

Prologación de Anacleto Casabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO TRABAJO SOCIAL

1. Número expediente de trabajo social
2. Fecha de la visita domiciliaria
3. Nombre del investigado y el domicilio particular a investigar
4. Asunto relacionado con los hechos denunciados
5. Entrevista de los vecinos
6. Resumen de la visita domiciliaria realizada al investigado
7. Condiciones de la vivienda
8. Observaciones del domicilio investigado
9. Firma de la Trabajadora social que realizo la investigación

Prologación de Anacleto Casabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

DENUNCIA ANÓNIMA SOLICITUD DE ATENCIÓN

Folio: 1 Fecha: 2

Nombre del 3 (a) investigado, (a): _____

Edad: 4 _____

Problemática: 5 _____

Domicilio: 6 _____

Referencia: 7 _____

Motivo 8 de la investigación: _____

Prologación de Anacleto Casabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

Exp. T.S. 1 Villahermosa Tab., a 2

TRABAJO SOCIAL

Con el propósito fundamental de dar respuesta al 3, se le realizo visita domiciliaria y estudio de vecindario a la C. 4 en su domicilio de la colonia 4.

Asunto relacionado: 4 _____

PRIMER VECINO: El C. 5 _____

Refiere que la C. _____

SEGUNDO VECINO: _____

VISITA DOMICILIARIA

Al llegar al domicilio se entrevistó a 6 _____

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

La vivienda es de: _____

Observaciones: 8 9 Realizó T.S. _____

Adscrita a la PRODEMFA del DIF-Tabasco.

Prologación de Anacleto Casabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
RELACION DE INVENTARIO DEL ACTIVO FJO

1. Unidad o área donde se encuentra el activo
2. Número de inventario del activo
3. Descripción del activo
4. Marca del activo
5. Modelo del activo
6. Serie de fábrica del activo
7. Valor con el que se compró ó adquirió el activo
8. Unidad o área donde se encuentra el activo ubicado
9. Número de folio del resguardo del activo
10. Fecha del resguardo del activo
11. Resguardante del activo
12. Total en importe del activo ó activos
13. Total del monto ó importe del vehículo ó vehículos (en caso que aplique)
14. Suma del total de bienes muebles y vehículos
15. Nombre y firma del encargado del área o unidad donde se encuentran los activos
16. Nombre y firma del jefe inmediato del encargado del área o unidad donde se encuentran los activos

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 988 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
RESGUARDO INTERNO

1. Fecha del resguardo
2. Dirección al que pertenece el resguardante (PRODEMFA)
3. Área al que pertenece el resguardante
4. Jefatura al que pertenece el resguardante
5. Numero consecutivo del resguardo
6. Numero de inventario que tiene asignado el activo
7. Descripción del activo
8. Marca del activo
9. Modelo del activo
10. Número de serie de fábrica del activo
11. Estado en el que se encuentra el activo
12. Valor de compra del activo
13. Total en importe (\$) del activo o activos que se le asignan al resguardante
14. Nombre y firma del responsable de entregar el activo al resguardante
15. Nombre y firma del usuario que recibe el activo o resguardante

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 988 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Valor en Bienes Muebles	12
Valor en Bienes Vehículos	13
Valor en Bienes Fijos	14

ENTREGA LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

15

JEFE RESGUARDO DE CADA CATEGORIA LA MISMA ADMINISTRATIVA

16

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

RESGUARDO INTERNO

FECHA: 1 DIRECCIÓN: 2

ÁREA: 3 JEFATURA: 4

ACTIVO FJO

NÚMERO DE INVENTARIO	DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	SERIE	ESTADO ACTUAL	VALOR
5	7	8	9	10	11	12
TOTAL:						13

ENTREGA

14

RECIBE

15

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 988 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 988 - 3 18 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO SOLICITUD DE ORDEN DE TRABAJO

- Número consecutivo del folio (generado por el sistema)
- Fecha de la solicitud correspondiente
- Dirección que elabora la solicitud correspondiente (generada por el sistema)
- Área solicitante
- Proyecto que se está afectando
- Nombre del proyecto
- Partida estatal
- Partida federal
- Lote generado por el sistema
- Descripción del servicio solicitado
- Cantidad del servicio solicitado
- Unidad del servicio solicitado
- Precio unitario del servicio
- Importe total (generado por el sistema)
- Localización del área de trabajo
- Observación a la solicitud

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO VALE DEL ALMACEN

- Fecha de salida de material en almacén
- Área de la PRODEMFA que solicita el material
- Número de folio consecutivo que se asigna después de la salida del material
- Procedencia del recurso de acuerdo con el proyecto que se adquirió el material
- Cantidad solicitada por el usuario
- Cantidad autorizada (la que se entrega al usuario)
- Unidad de medida del material solicitado y/o entregado
- Descripción del artículo que se solicita y/o se entrega
- Nombre y firma del usuario que solicita el material
- Nombre y firma del subdirector de operatividad administrativa de la PRODEMFA autorizando la salida del material solicitado
- Nombre y firma del encargado de almacén quien entrega el material

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemfa_difabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemfa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO SOLICITUD DE ORDEN DE TRABAJO

F-04290-01

FECHA: 1 DE 1	
DIRECCIÓN: 1	
ÁREA DE SOLICITANTE: 2	
F. DE PAISAJE: 3	
UNIDAD DE SOLICITANTE: 4	
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: 5	
CANTIDAD: 6	
UNIDAD DE MEDIDA: 7	
PRECIO UNITARIO: 8	
IMPORTE TOTAL: 9	
LOCALIZACIÓN DEL SERVICIO: 10	
OBSERVACIONES: 11	

SELLO

SOLICITA SOLICITADO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DIRECCIÓN DE NEG. GENERALES Y SERV. GENERALES

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA VALE DE ALMACÉN

FECHA: 1 DE 1	
DIRECCIÓN: 1	
ÁREA SOLICITANTE: 2	
FOLIO NÚM.: 3	
PROYECTO: 4	
ESTADAL: 5	
DONACIÓN: 6	
CANTIDAD: 7	
UNIDAD DE MEDIDA: 8	
PRECIO UNITARIO: 9	
IMPORTE TOTAL: 10	
LOCALIZACIÓN DEL SERVICIO: 11	

SOLICITA Y RECIBIÓ ALMACENISTA ENTREGA

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemfa_difabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemfa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO OFICIO DE INGRESO AL ALBERGUE TEMPORAL "ISABEL DE LA PARRA DE MADRAZO"

- 1.- Número de oficio consecutivo
2.- Fecha de expedición del oficio
3.- Nombre y cargo del titular del Centro Asistencial donde se va a resguardar al menor
4.- Nombre y edad del menor que se va a resguardar
5.- Persona o autoridad que puso a disposición al menor
6.- Documento o medio por el cual fue canalizado el menor
7.- Número de Averiguación Previa, Acta Ministerial o expediente iniciado
8.- Documentos u objetos con los que se presenta al menor
9.- Nombre y cargo del servidor público que solicita el ingreso.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

DEPENDENCIA: PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA
OFICIO No.
ASUNTO: SOLICITANDO INGRESO

Villahermosa, Tab.

C. PRESENTE.

Con fundamento en los artículos 404, 405, 406, 503 y 504 del Código Civil Vigente en el Estado de Tabasco, concatenado con los Artículos 1, 2, 3, 4, 6, 9, 18, 20 Y 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño así como los artículos 28 Fracción I, 29, 30 y 79 Fracción XXVI, 94 y demás aplicables de la ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes del estado de Tabasco y los numerales 4 en su fracción I y 33 del decreto Constitutivo de la Ley del Sistema Estatal de Asistencia Social, me permito solicitar el ingreso de

Dicho menor fue puesta a disposición por mediante por lo que se dio inicio a y a fin de garantizar su integridad física y psicológica, se procede a solicitar su ingreso hasta en tanto se resuelva su situación jurídica, se anexa

Sin otro particular por el momento, me permito enviarle un Cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO MEMORANDUM DE PASE DE VISITA

- 1.- Fecha en que se expide el memorándum.
2.- Numero consecutivo de Memorándum.
3.- Nombre del Titular del Centro donde se encuentra resguardado el menor
4.- Nombre del Titular del CAMVI-DIF
5.- Nombre de la persona a la que se le autoriza la visita.
6.- Parentesco que tiene con el menor la persona a la que se le autoriza la visita.
7.- Nombre del menor ingresado
8.- Fecha en que se efectuará la visita.
9.- Firma del Titular del CAMVI-DIF

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

FECHA: MEMORANDUM CAMVI-

PARA:

DEL LIC.

Por medio del presente me permito informarle que se autoriza a (los/las) C. quien (es) acredita (n) ser del (la/s) menor (es) para que lo (s) visita (n) por un lapso de 20 minutos el día DEL PRESENTE AÑO, bajo la supervisión de personal que tenga a bien designar.

A T E N T A M E N T E

C.C.P.-EXPEDIENTE CONSECUTIVO

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO LIBRETA DE REGISTRO DE NOTIFICACIONES

- 1.- Fecha en que se recibe el oficio o notificación del Juzgado civil o penal.
2.- Hora en que se recibe el oficio o notificación del Juzgado civil o penal.
3.- Dependencia que remite al oficio (Juzgados Penales, Juzgados Civiles)
4.- Número de expediente
5.- Número de oficio que se recibe.
6.- Menor ofendido
7.- Asesor Jurídico al que se le asigna el oficio o notificación.
8.- Nombre de la persona que recibe el oficio o notificación.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

FECHA: HORA:

DEPENDENCIA:

OFICIO:

EXPEDIENTE:

ASIGNADO:

RECIBE:

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 963 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
LIBRETA DE REGISTRO DE ASESORIAS

- 1.- Fecha de registro
- 2.- Hora de registro
- 3.- Nombre de la persona que solicita la asesoría
- 4.- Edad de la persona que solicita la asesoría
- 5.- Teléfono de la persona que solicita la asesoría
- 6.- Domicilio de la persona que solicita la asesoría
- 7.- Nombre de los menores relacionados con la asesoría
- 8.- Edad de los menores relacionados con la asesoría
- 9.- Asunto
- 10.- Nombre del Citado o agresor
- 11.- Observaciones
- 12.- Asesor jurídica al que se le encomienda la asesoría jurídica.
- 13.- Turno al que pertenece el Asesor jurídico encargado de dar la Asesoría.
- 14.- Número de Expediente en caso de iniciarse.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
CARNET DE PSICOLOGIA

- 1.- Fecha de las cita
- 2.- Hora de la cita
- 3.- Psicóloga que atenderá al menor
- 4.- Fecha de las cita
- 5.- Hora de la cita
- 6.- Psicóloga que atenderá al menor

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

➤ FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

MENOR(ES): _____ EDAD(ES): _____

ASUNTO: _____

CITADO O AGRESOR: _____

OBSEVACIONES: _____

ABOGADO: _____ TURNO: _____ EXPEDIENTE: _____

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

Tabasco
Código 983

CENTRO DE ATENCION A MIEMBROS
FOTOCOPIAS E IMPRESIONES

UNIDAD DE MANEJO DEL DIF DEL TABASCO
TEL. 3 17 66 42



1	2	3	4	5	6
FECHA	HORA	PSICOLOGA	FECHA	HORA	PSICOLOGA

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 983 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodemfa_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DF. TIAJASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO
HOJA FRONTAL DE EXPEDIENTE DEL MENOR

- 1.- Nombre del menor
- 2.- Edad del menor
- 3.- Sexo del menor
- 4.- Fecha nacimiento del menor
- 5.- Lugar de nacimiento del menor
- 6.- Fecha de ingreso del menor al Abandono
- 7.- Motivo por el cual ingresó el menor al Abandono
- 8.- Número de averiguación previa, otorgada por Canal-DIF
- 9.- Hora de ingreso del menor al Abandono.
- 10.- Nombre del Abogado quien cambió al menor al Abandono.
- 11.- Foto del menor.

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DF. TIAJASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO
ENTREVISTA INICIAL

- 1.- Nombre del menor
- 2.- Edad del menor
- 3.- Nombre de la escuela a la que asiste
- 4.- Grupo que cursaba
- 5.- Grupo en el que estaba
- 6.- Nombre del Padre del Menor
- 7.- Edad del padre del menor
- 8.- Ocupación del padre del menor
- 9.- Teléfono del padre del menor
- 10.- Ocupación del Padre del Menor
- 11.- Ocupación Laboral del Padre del Menor
- 12.- Nombre de la madre del Menor
- 13.- Edad de la madre del Menor
- 14.- Ocupación de la madre del Menor
- 15.- Teléfono de la madre del Menor
- 16.- Ocupación de la madre del Menor
- 17.- Ocupación Laboral de la madre del Menor
- 18.- Nombre de
- 19.- Permisos del familiar
- 20.- Dominio del Familiar
- 21.- Membado de la Entrevista

Procuraduría de Justicia Ciudad de México, Oficina Primaria de Mayo
Teléfono: 500 - 3 18 22 34
Vialidad: Toluca, Toluca, México
Correo Electrónico: procuraduria_defensa@procuraduria.com

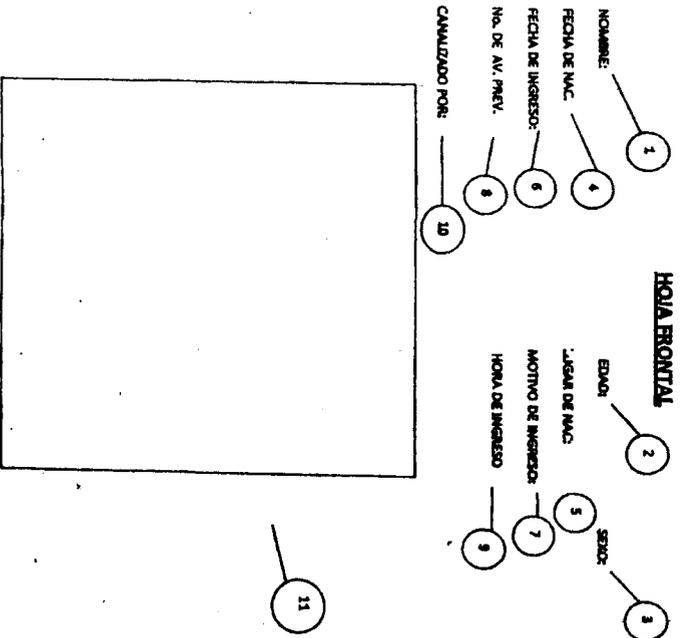
PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DF. TIAJASCO

Procuraduría de Justicia Ciudad de México, Oficina Primaria de Mayo
Teléfono: 500 - 3 18 22 34
Vialidad: Toluca, Toluca, México
Correo Electrónico: procuraduria_defensa@procuraduria.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DF. TIAJASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO
ENTREVISTA INICIAL

- 1.- Nombre del menor
- 2.- Edad del menor
- 3.- Nombre de la escuela a la que asiste
- 4.- Grupo que cursaba
- 5.- Grupo en el que estaba
- 6.- Nombre del Padre del Menor
- 7.- Edad del padre del menor
- 8.- Ocupación del padre del menor
- 9.- Teléfono del Padre del Menor
- 10.- Ocupación del Padre del Menor
- 11.- Ocupación Laboral del Padre del Menor
- 12.- Nombre de la madre del Menor
- 13.- Edad de la madre del Menor
- 14.- Ocupación de la madre del Menor
- 15.- Teléfono de la madre del Menor
- 16.- Ocupación de la madre del Menor
- 17.- Ocupación Laboral de la madre del Menor
- 18.- Nombre de
- 19.- Permisos del familiar
- 20.- Dominio del Familiar
- 21.- Membado de la Entrevista



Procuraduría de Justicia Ciudad de México, Oficina Primaria de Mayo
Teléfono: 500 - 3 18 22 34
Vialidad: Toluca, Toluca, México
Correo Electrónico: procuraduria_defensa@procuraduria.com

Procuraduría de Justicia Ciudad de México, Oficina Primaria de Mayo
Teléfono: 500 - 3 18 22 34
Vialidad: Toluca, Toluca, México
Correo Electrónico: procuraduria_defensa@procuraduria.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ENTREVISTA INICIAL

- 1.- Nombre del menor
- 2.- Edad del menor
- 3.- Nombre de la escuela a la que asistía
- 4.- Grado que cursaba
- 5.- Grupo en el que estaba
- 6.- Nombre del Padre del Menor
- 7.- Edad del padre del menor
- 8.- Domicilio del padre del Menor
- 9.- Teléfono del Padre del Menor
- 10.- Ocupación del Padre del Menor
- 11.- Domicilio Laboral del Padre del Menor
- 12.- Nombre de la madre del Menor
- 13.- Edad de la madre del Menor
- 14.- Domicilio de la Madre del Menor
- 15.- Teléfono de la Madre del Menor
- 16.- Ocupación de la Madre del Menor
- 17.- Domicilio Laboral de la Madre del Menor
- 18.- Nombre de
- 19.- Parentesco del familiar
- 20.- Domicilio del Familiar
- 21.- Resultado de la Entrevista

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodena_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

ENTREVISTA INICIAL

1 NOMBRE DEL MENOR:

3 NOMBRE DE LA ESC.

4 GRADO: GRUPO :

DATOS DE LOS PADRES

6 NOMBRE DEL PADRE: EDAD: 7

8 DOMICILIO: TEL. 9

10 OCUPACION: DOMICILIO LABORAL

12 NOMBRE DE LA MADRE: EDAD: 13

14 DOMICILIO: TEL. 15

16 OCUPACION. DOMICILIO LABORAL

DATOS FAMILIARES

18 NOMBRE: 19

PARENTESCO: 20

DOMICILIO: 21

ENTREVISTA:

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodena_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
CONTROL DE INGRESO DE MENORES

1. Número de menor.
2. Número de folio de expediente de menor.
3. Nombre completo del menor.
4. Sexo del menor.
5. Edad del menor, (ejemplo 1 año 4 meses)
6. Fecha en la que ingresó el menor.
7. Motivo por el cual Ingresó.
8. Fecha de nacimiento del menor.
9. Nombre de la dependencia que canaliza al menor para su resguardo.
10. Número de averiguación previa.
11. Nombre del Licenciado que lo representa.

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodena_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

CONTROL DE INGRESO DE MENORES

N°	No. DE FOLIO	NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA DE INGRESOS	MOTIVO	FECHA DE NACIMIENTO	CANALIZADO	AV. PREVIA	DEPENDIENTE LEGAL
1.	001/2013	MINOR N H	FEM	2 AÑOS 10 MESES	30/06/2010	OMISIÓN DE CIUDADANÍA	20/06/2010	DIP-TRAFI	AP-78-468/2010	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodena_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
AREA JURIDICA

1. Nombre del menor.
2. Edad del menor
3. Fecha en que ingresó el menor.
4. Razón por la que se solicitó el resguardo.
5. Nombre de la dependencia que canaliza al menor.
6. Marcar con una x los documentos que son proporcionados y especificar con una x si es original o copia, colocar alguna observación.
7. Describir si hace falta algún documento con el que debe ingresar el menor por medio de la dependencia que solicita el resguardo.
8. Especificar si el menor requiere alguna atención en especial.

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodena_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

AREA JURIDICA

NOMBRE: _____ EDAD _____
 INGRESO _____ MOTIVO: _____
 PROCEDENCIA: _____

DOCUMENTO	ORIGINAL	COPIA	OBSERVACIONES
OFICIO DE INGRESO			
ACTA DE INGRESO			
OFICIO DE CANALIZACION			
ACTA DE NAC. DEL MENOR			
ACTA DE DISPOSICION VOLUNTARIA			
CARTILLAGRACIONAL DE VACUNACION			
ACTA DE NAC. DE LOS PADRES Y/O TUTORES			
IDENTIFICACION DE LOS PADRES Y/O TUTORES			
Nº. DE AVERBUACION PREVIA			
OFICIO DE EGRESO			
ACTA DE EGRESO			
OFICIO DE REINGRESO			
ACTA DE REINGRESO			
ACTA DE ENTREGA DE CUSTODIA			
ACTA DE DEFUNCION			
OTROS			

COMENTARIOS _____
 MEDIDAS CORRECTIVAS _____

Protección de Análisis Casahuate #700, Colonia Primavera de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodamta_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE TRABAJO SOCIAL

1. Fecha en que se solicita el estudio.
2. Nombre completo de la o las personas a investigar.
3. Domicilio completo de la o las personas a investigar incluyendo calle, número, colonia, municipio, entre que calles o alguna referencia.
4. Nombre del menor o menores que son familiar del investigado.
5. Características que se requiere que se investigue de las personas.
6. Nombre de la persona que solicita el trabajo social.

Protección de Análisis Casahuate #700, Colonia Primavera de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodamta_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

Villahermosa, Tabasco # _____
 SOLICITUD DE TRABAJO SOCIAL

INVESTIGAR: _____
 DOMICILIO: _____
 ASUNTO: POSIBLE EGRESO DE MENOR: _____

REQUERIMIENTO: VISITA DOMICILIARIA Y ESTUDIO DE VECINDARIO, DONDE CORROBORE SU FORMA Y ESTILO DE VIDA.

ATENTAMENTE

Protección de Análisis Casahuate #700, Colonia Primavera de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodamta_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
HOJA CONTROL DE MEDICAMENTO

1. Nombre del menor que se administrará el medicamento.
2. Edad del menor.
3. Sexo del menor.
4. Fecha en la que se realiza el llenado de la hoja control de medicamento.
5. Diagnóstico que tiene el menor al que se le administrará el medicamento.
6. Área de dormitorio en la que se encuentra asignado el menor.
7. Especificar nombre, presentación, frecuencia y tiempo de los medicamentos que se administrarán.
8. Cualquier indicación suplementaria adicional al tratamiento.
9. Nombre del medicamento que se administra.
10. Fecha en la que se administra el medicamento.
11. Hora en la que se administra el medicamento.
12. Nombre y firma de la persona que administra el medicamento.
13. Nombre y firma del médico responsable de establecer el tratamiento.

Protección de Análisis Casahuate #700, Colonia Primavera de Mayo
 Teléfono: 993 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodamta_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

HOJA CONTROL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ (1) EDAD: _____ (2) SEXO: _____ (3) FECHA: _____ (4)

DIAGNOSTICO: _____ (5) AREA: _____ (6)

INDICACIONES:
1. _____ (7)
2. _____
3. _____
4. _____

OBSERVACIONES: _____ (8)

MEDICAMENTO (9)	FECHA (10)	HORA (11)	PROMOTOR (12)

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO _____ (13)

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: _____ (9) TURNO: _____ (2) FECHA: _____ (1)

EDAD: _____ (4) SEXO: _____ (5)

ANTECEDENTES: _____ (6)

PADECIMIENTO ACTUAL: _____ (7)

EXPLORACIÓN FÍSICA:
PESO: _____ (8) TALLA: _____ (9) FC: _____ (10) FR: _____ (11) TEMP: _____ (12)

HABITUS EXTERIOR: _____ (13)

NEUROLOGICO: _____ (14)

PIEL: _____ (15)

CABEZA: _____ (16)

CUELLO: _____ (17)

TORAX: _____ (18)

ABDOMEN: _____ (19)

GENITALES: _____ (20)

EXTREMIDADES: _____ (21)

DIAGNOSTICO: _____ (22)

TRATAMIENTO: _____ (23)

A T T E.

NOMBRE Y FIRMA: _____ (24) CED. PROF. _____ (24)

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
HISTORIA CLINICA

1. Fecha en que se realiza la historia clínica.
2. Turno en que se realiza la historia clínica.
3. Nombre del menor al que se realiza la historia clínica.
4. Edad del menor, especificada en años y meses ejemplo. 1 año 4 meses.
5. Sexo del menor.
6. Antecedentes Personales Patológicos (especificar enfermedades que padeció o padece el menor al momento de valorar) si se conocen.
7. Padecimiento actual al momento de ingresar y si cuenta con alguna enfermedad en el momento.
8. Peso del menor en kilogramos.
9. Talla del menor.
10. Frecuencia cardiaca del menor
11. Frecuencia Respiratoria del menor
12. Temperatura del menor
13. Especificar complexión, estado de aseo, estado de higiene, edad aparente.
14. Estado de conciencia, estado de orientación, datos patológicos.
15. Integridad de la piel, estado de hidratación, datos patológicos.
16. Características de cráneo, implantación de cabello, datos patológicos.
17. Características, estado y situación de la tráquea, estado de pulso y datos patológicos.
18. Movimientos de tórax, estado de ventilación estado cardiaco y datos patológicos.
19. Estado del abdomen, presencia de peristalsis y características, datos patológicos.
20. Estado de los genitales si es necesario valorarlos.
21. Movimientos de extremidades, presencia de pulsos, datos patológicos.
22. Diagnósticos ciertos y presuntivos.
23. Tratamiento a seguir y recomendaciones.
24. Nombre completo y firma del médico que realiza la historia clínica.
25. Numero de cedula profesional.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
LIBRETA DE MENU

1. Fecha del día en que se consumirá el menú.
2. Nombre del platillo
3. Nombre del platillo
4. Nombre del platillo
5. Nombre del refrigerio
6. Descripción de elaboración del platillo
7. Nombre del agua de fruta o refresco.
8. Relación de productos para la elaboración del menú.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

MENU DE HOY: _____ 1

ESCOLARES, ADOLESCENTES, MATERNAL Y
LACTANTES 2 3 4 5

DESAYUNO:	COMIDA:	CENA:	REFRIGERIO/ESCUELAS:
DESCRIPCION N:	DESCRIPCION:	DESCRIPCION:	DESCRIPCION:
AGUAS:	AGUAS:	AGUAS:	AGUAS:

INSUMOS 8

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 995 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesafe_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO DE
NOTIFICACIÓN DE INGRESO

- 1.-Área de atención
- 2.-Fecha de ingreso del menor
- 3.-Área que lleva el consecutivo
- 4.-Hora de ingreso del menor.
- 5.-Nombre del menor.
- 6.- Edad del menor.
- 7.-Numero que proporciona CAMVI-DIF
- 8.-Motivo del ingreso del menor

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 995 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesafe_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INGRESO

1 PARA: _____ 2
 2 DE TRABAJO SOCIAL _____ 4
 3 POR ESTE MEDIO SE LE INFORMA EL INGRESO DEL MENOR: _____
 5 _____ EDAD: _____ 6
 7 AV. PREVIA: _____ MOTIVO: _____ 8
 9 ABOGADO QUE CANALIZA: _____

Y A LA VEZ SOLICITAMOS NOS HAGAN LLEGAR A LA BREVEDAD POSIBLE LAS VALORACIONES
CORRESPONDIENTES PARA LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DEL MENOR

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 995 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesafe_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
RECETA DE ESTUDIO DE LABORATORIO

1. Nombre del menor a tratar.
2. Sexo del menor.
3. Edad del menor.
4. Fecha en que se realiza la receta médica.
5. Medicamentos a recetar con indicaciones de uso o exámenes de laboratorio a realizar (Seleccione con una "X" el estudio que desea se realice al menor)
6. Nombre del médico que realiza la receta.
7. Firma del médico tratante.
8. Número de cédula profesional del médico tratante.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 995 - 3 15 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodesafe_dif@tabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

FECHA: _____

TARJETA INFORMATIVA

PARA: LIC. ALEJANDRA PEREZ VALLES.- Titular del Albergue Temporal
"Isabel de la Parra.

DE: AREA DE PSICOLOGIA.

DESCRIPCION DE LA VISITA.

ATENTAMENTE

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

FECHA: _____

ENTREVISTA INICIAL
(REGISTRO DE DATOS)

Nombre del menor: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Originario: _____

Canalizó: _____

Nombre de los padres: _____

Fecha de Ingreso: _____

Motivo: _____

Escolaridad: _____

Escuela de procedencia: _____

Observaciones: _____

Elaboró:

AREA DE PEDAGOGIA.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ENTREVISTA INICIAL DE PEDAGOGIA.

1. Fecha de elaboración.
2. Nombre del menor.
3. Sexo del menor.
4. Edad del menor.
5. Fecha de nacimiento del menor.
6. Lugar de donde es originario el menor.
7. Dependencia que canaliza al menor y nombre de su representante legal.
8. Nombre completo de ambos padres y edad.
9. Fecha de ingreso del menor
10. Motivo por el cual ingresa el menor.
11. Grado escolar que cursa el menor.
12. Nombre de la escuela en la que acudió el menor.
13. Observaciones a las visitas al menor.
14. Nombre y firma de la pedagoga que elaboró el informe.

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
VALORACION PEDAGOGICA

1. Nombre del menor.
2. Edad del menor
3. Sexo del menor.
4. Fecha de ingreso del menor.
5. Motivo de ingreso del menor.
6. Fecha de elaboración de valoración psicológica.
7. Antecedentes del menor en su escuela, nombre de la escuela y grado que cursa o cursó.
8. Valoración de gramática y ortografía.
9. Valoración de números y formas, así como de sumas, restas divisiones.
10. Plan sugerido para el menor durante su estancia dentro del albergue temporal.
11. Nombre de la pedagoga que elabora la valoración.

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

Prolongación de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
Teléfono: 993 - 3 16 22 38
Villahermosa, Tabasco, México
Correo Electrónico: prodefemta_diftabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

VALORACIÓN PEDAGÓGICA

NOMBRE: (1)
 EDAD: (2)
 SEXO: (3)
 FECHA DE INGRESO: (4)
 MOTIVO: (5)
 FECHA DE ELABORACIÓN: (6)
 Antecedentes escolares: (7)
 Lengua escrita: (8)
 Área de Matemáticas: (9)
 Recomendaciones: (10)

ELABORO: (11)

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 963 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ATENCIÓN JURÍDICA CAM.

- 1.- Registre la fecha en que se otorga la asesoría jurídica.
- 2.- Registre la hora en que se inicia la asesoría.
- 3.- Registre la hora en que termina la asesoría.
- 4.- Registre la hora de regreso de la asesoría.
- 5.- Registre el lugar de la asesoría y la fecha en que se realizó.
- 6.- Registrar el domicilio de la persona a la que se le ofrece la asesoría jurídica.
- 7.- Colocar el nombre de la Entidad Federativa, donde es originaria la persona que solicita la asesoría.
- 8.- Colocar la vía de acceso del asunto si es por la vía civil, familiar o penal.
- 9.- Colocar el tipo del delito por el que es canalizada la usuaria que ingresa al albergue.
- 10.- Debe marcarse con una (x) la persona que solicita la asesoría legal.
- 11.- Se debe colocar breve resumen de lo manifestado por la persona que solicita la asesoría.
- 12.- Colocar el nombre y firma de la persona que solicita la asesoría.
- 13.- Colocar el nombre, firma y número de cédula del asesor jurídico adscrito al Centro Asistencial.

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 963 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR
Y LA FAMILIA DEL DIF TABASCO

FORMATO PARA LA ATENCIÓN JURÍDICA

FECHA: / / (1) HORA DE INICIO (1) HORA DE CONCLUSIÓN: (3)

NUMERO DE EXPEDIENTE: (4)

NOMBRE: (5)

DOMICILIO: (6)

ENTIDAD FEDERATIVA: (7)

VIA DE ACCESO DEL ASUNTO: (8)

TIPO DE DELITO: (9)

PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO: (10)
 VICTIMA () FAMILIAR DE LA VICTIMA () OTRA PERSONA ()

HECHOS QUE MANIFIESTA: (11)

SOLICITANTE (12) ASESOR JURÍDICO DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER (13)
 Número de cédula.

Protección de Anacleto Canabal #700, Colonia Primero de Mayo
 Teléfono: 963 - 3 16 22 38
 Villahermosa, Tabasco, México
 Correo Electrónico: prodemsa_difabasco@hotmail.com

DIRECCIÓN DEL ADULTO MAYOR

Instrucciones para el correcto llenado de la Solicitud de Estudios de laboratorio y/o Gabinete de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Anotar en el rubro "FECHA" del día, mes y año en que se solicita el estudio de laboratorio y/o gabinete.
2. Colocar en el apartado "EDAD" el número de años cumplidos al momento del estudio del individuo a valorar.
3. En "NOMBRE", colocar el nombre completo sin abreviaturas de la persona a valorar.
4. En el área donde se lee "DIAGNÓSTICO", colocar el diagnóstico sin abreviaturas y con letra legible, con apego al Código Internacional de Enfermedades vigente de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10). Si el paciente tuviera 2 o más enfermedades y/o padecimientos, colocar primero el que justifica la solicitud del estudio y posteriormente los otros diagnósticos de manera cronológica, es decir, desde el padecimiento más reciente al más antiguo.
5. Colocar en donde indica "ESTUDIOS SOLICITADOS" las valoraciones que requerirá el paciente, sin abreviaturas y con letra legible.

RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL" DIF TABASCO
SOLICITUD DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS

FECHA: _____ AÑO: _____

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

UNIDAD: _____

RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL" DIF TABASCO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO MEDICAMENTOS

FECHA: _____ AÑO: _____

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

UNIDAD: _____

Instrucciones para el llenado de la Receta Médica de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. En área que especifica "NOMBRE DEL PACIENTE" colocar el nombre completo sin abreviaturas.
2. En "FECHA" escribir el día, mes y año en que se expide la receta médica
3. En el apartado "EDAD" colocar el número de años del individuo a valorar cumplidos en el momento que se expide la receta.
4. En "DIAGNÓSTICO" colocar el padecimiento y/o enfermedad por el cual se expide la receta sin abreviaturas y con apego al CIE-10. En caso de que se presentaran 2 o más diagnósticos, se coloca primero el padecimiento que llevó a expedir la receta y, posteriormente, los otros diagnósticos en forma cronológica hasta llegar al padecimiento más antiguo.
5. En la zona donde se colocan los medicamentos, al cual tiene 3 divisiones, colocar sin abreviaturas y con letra legible, en cada división la denominación genérica y distintiva del medicamento (tabletas, supositorios, suspensión, etc) con la unidad de medida (mg, ml, U.I, etc), la dosis, la vía de administración, la frecuencia y el tiempo de duración en el cual se administra el medicamento. Todo lo anterior deberá entrar en una sola medición de modo que se puedan expedir hasta 3 medicamentos por receta.
6. En el apartado "CANTIDAD", colocar el número de piezas necesarias para cubrir la terapia con el medicamento expedido según el tiempo establecido que durará la terapia farmacológica.
7. En el rubro "NOMBRE DEL MÉDICO Y CÉDULA PROFESIONAL" el nombre completo y la cédula profesional sin abreviaturas y con letra legible de quien prescribe la receta.
8. En "FIRMA" colocar la firma autógrafa del médico.

RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL" DIF TABASCO
RECETA MÉDICA

FECHA: _____ AÑO: _____

PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

CANTIDAD: _____

NOMBRE DEL MÉDICO Y CÉDULA PROFESIONAL: _____

FIRMA: _____

Instrucciones para el correcto llenado de la Hoja de Referencia de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Colocar en el rubro "FECHA" el día, mes y año en el que se realiza la hoja de referencia.
2. Señalar si es una urgencia o no en el apartado donde indica "URGENCIA SI/NO"
3. Colocar el nombre del paciente en su área respectiva sin abreviaturas y con letra legible.
4. Colocar los años cumplidos del paciente en el momento en el que se realiza la hoja de referencia.
5. Colocar el sexo del paciente en el apartado correspondiente
6. En "UNIDAD A LA QUE SE REFERE" colocar el sitio receptor, es decir, a donde se requiere se traslade al paciente.
7. Especificar el servicio médico al cual se envía en el espacio donde es solicitado
8. En "Motivo de referencia" colocar la razón del envío a manera de nota médica donde se coloquen los signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura), el resumen del interrogatorio, exploración física, resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, diagnósticos o problemas clínicos, y pronóstico.
9. En "PLAN" colocar el manejo médico a seguir: dieta, soluciones, medicamentos, etc
10. En "IDX" (entiéndase como impresión diagnóstica) colocar el padecimiento por el cual se hace la referencia del paciente.
11. En "PLAN" (segundo plan) se coloca el procedimiento que se requiere del sitio receptor (valoración por especialidad, prueba de gabinete como tomografía, resonancia magnética, etc)
12. En el rubro correspondiente, colocar el nombre completo, cédula profesional y firma del médico que solicita la referencia.

RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL" DIF TABASCO
HOJA DE REFERENCIA

FECHA: _____ AÑO: _____

PACIENTE: _____

SEXO: _____

UNIDAD A LA QUE SE REFERE: _____

SERVICIO AL QUE SE REFERE: _____

MOTIVO DE REFERENCIA: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

PLAN: _____

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO: _____

Instrucciones para el correcto llenado del Informe Diario Área Médica por turno de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Colocar el nombre completo de los médicos del turno en el área indicada como "MÉDICOS"
2. Turno que informa que pudiera ser matutino, vespertino y nocturno.
3. En "FECHA" colocar el día, mes y año en el que se realiza el informe.
4. En "Valoraciones de la Unidad de Cuidados Geriátricos. NOMBRE DEL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO" colocar el nombre del paciente completo y el diagnóstico sin abreviaturas y con letra legible apegado a la CIE - 10 de los individuos que se encuentran en la Unidad de Cuidados Geriátricos (UCG).
5. En el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" poner el número total de valoraciones de los individuos especificados en el rubro 3.
6. En "Valoraciones clínicas externas a la Unidad de Cuidados Geriátricos (consultas médicas) Nombre del paciente y diagnóstico" colocar el nombre del paciente completo y el diagnóstico, sin abreviaturas y con letra legible apegado a la CIE - 10, de los usuarios que se encuentran fuera de UCG en "Casa del Árbol" y que recibieron atención médica.
7. En el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" poner el número total de valoraciones de los individuos especificados en el rubro 5.
8. En "Curaciones. Nombre del paciente y diagnósticos" colocar el nombre del paciente completo y el diagnóstico, sin abreviaturas y con letra legible apegado a la CIE - 10, de los usuarios a quienes se les realizó algún procedimiento de curación.
9. En el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" poner el número total de curaciones de los individuos especificados en el rubro 7.
10. En "Referencias a segundo nivel de atención. Nombre del paciente y diagnóstico;" colocar el Nombre del paciente y diagnósticos" colocar el nombre del paciente completo y el diagnóstico, sin abreviaturas y con letra legible apegado a la CIE - 10, de los usuarios a quienes se trasladó al segundo nivel de atención.
11. En el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" poner el número total de referencias de los individuos especificados en el rubro 9.

12. En "Solicitud de estudios de laboratorio. Nombre del paciente y diagnóstico:" colocar el Nombre del paciente y diagnósticos" colocar el nombre del paciente completo y el diagnóstico, sin abreviaturas y con letra legible apegado a la CIE - 10, de los usuarios a quienes se les pidió alguna valoración de laboratorio.
13. En el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" poner el número total de solicitudes de laboratorio de los individuos especificados en el rubro 11.
14. En "solicitud de estudios de RX" colocar el número de estudios de rayos X que fueron pedidos en el día.
15. En "Expedición de recetas. Nombre del paciente y medicamentos prescritos" colocar el nombre del paciente y el nombre genérico del medicamento prescrito.
16. En el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" poner el número total de recetas expedidas laboratorio de los individuos especificados en el rubro 14.
17. Colocar el número de visitas domiciliarias en el recuadro correspondiente en la columna "CANTIDAD"
18. En "Realización de certificado de defunción" colocar en el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" el número de certificados de defunción hechos en el turno.
19. En "valoración de nuevo ingreso" colocar en el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" el número valoraciones realizadas a adultos mayores de nuevo ingreso en el turno.
20. En "drugas menores" colocar en el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" el número de intervenciones quirúrgicas menores realizadas en el turno.
21. En "Glicemias" poner el número de glucosas capilares realizadas en el turno
22. En "Recorrido por módulos y pabellones" colocar en el cuadro correspondiente a "CANTIDAD" el número de recorridos para vigilancia médica de los adultos mayores que se realizaron en el turno.
23. Poner en el rubro "OBSERVACIÓN" cualquier detalle para mejora continua, el cual puede ser tanto de área médica, como de enfermería, trabajo social, rehabilitación, psicología, etc. se puede poner el número de observaciones en el cuadro "CANTIDAD" que corresponde al rubro previamente mencionado con el fin de especificar el número de observaciones realizadas.

Instrucciones para el correcto llenado del Censo - Unidad de Cuidados Geriátricos (UCG) que funciona en la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Colocar el día, mes y año en "FECHA"
2. Indicar el turno correspondiente en el rubro donde se solicita.
3. Poner en "Médicos" el nombre completo de los profesionales en medicina que se encuentran laborando en el turno.
4. En los cuadros que se encuentran en la columna "MÉDICO QUE INGRESA" poner el nombre del adulto mayor que se encuentra bajo tratamiento un adulto mayor.
5. En "FECHA DE INGRESO" colocar el día, mes y año en el cual el adulto mayor ingresó a la UCG.
6. Colocar en la columna "MÉDICO QUE INGRESA" el nombre del profesional de medicina que ingresó a la UCG al adulto mayor de su día correspondiente.
7. Colocar en la columna "MÉDICO A CARGO" el nombre del profesional de medicina que atendió al caso del adulto mayor integrado a la UCG.
8. Colocar el nombre completo del adulto mayor integrado a la UCG en el rubro "NOMBRE".
9. Colocar en la columna "SEXO", el género del adulto mayor de la fila que le corresponde.
10. Colocar en el rubro "EDAD" los años cumplidos a la fecha del paciente adulto mayor ingresado a UCG.
11. Colocar en la columna "DIAGNÓSTICO" el o los diagnósticos que tienen el adulto mayor en el momento de ingreso del adulto mayor a la UCG.
12. Colocar en la columna "PENDIENTES" lo faltante en realizar el paciente dentro de la UCG y que no pudo ser completado en el turno del adulto mayor.

RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL"

INFORME DIARIO AREA MÉDICA

MEDICINA: 1 TURNO NOCTURNO: 2 FECHA: 3

ACTIVIDADES EFECTUADAS	CANTIDAD
Valoraciones de la Unidad de Cuidados Geriátricos (UBC) de pacientes y familiares.	5
Valoraciones clínicas realizadas a la Unidad de Cuidados Geriátricos (Unidades Médicas) de pacientes y allegados.	7
Consultas: Nombre del paciente y allegados	8 9
Referencias a personal nivel de atención Nombre del paciente y allegados	10 11
Indicador de evolución de pacientes Nombre del paciente y tipo de traslado	12 13 14
Solicitud de exámenes de RX Especificación de número Nombre del paciente y medicamento prescrito	15 16 17
Visitas domiciliarias Indicador de certificado de defunción	18
Valoraciones domiciliarias Nombre del paciente	19 20
Observaciones Nombre del paciente y procedimiento	21 22
OBSERVACIONES	23

Instrucciones para el correcto llenado del informe semanal de Actividades del área de Geriátrico de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Colocar en el rubro correspondiente el mes en que se realizan las actividades.
2. Colocar el día y mes en que comienzan la semana según del día y mes en el que termina la semana según corresponda.
3. Colocar en la columna "CANTIDAD" el número de actividades realizadas según el rubro correspondiente.
4. En "Otras actividades" indicar lo realizado en la semana aunque y cuando no aparezca descrita en la columna de actividades realizadas. Una vez determinadas las "otras actividades" colocar la cantidad realizada de las mismas en su columna respectiva.
5. Poner en "ELABORO" el nombre completo y firma del profesional de psicología que realizó el informe semanal.

RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL"

INFORME SEMANAL DE ACTIVIDADES GERIÁTRICAS

Período: MES: 1 SEMANA DEL: 2 AÑO 2013: 3

ACTIVIDADES EFECTUADAS	CANTIDAD
Consultas domiciliarias	4
Observaciones	5

Instrucciones para el correcto llenado de la solicitud de condonación de pago de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Poner el nombre del paciente en la línea designada para tal efecto.
2. Colocar la edad en años cumplidos al momento de hacer la condonación según corresponda
3. Poner el género de la persona en el espacio donde indica "SEXO"
4. En "ESTUDIO SOLICITADO E INFORMACIÓN CLÍNICA" colocar el estudio solicitado y la razón por la cual se realizó dicho estudio.
5. Poner la hora de la cita en el lugar correspondiente
6. Colocar el nombre del hospital al cual se le hace la solicitud.
7. Poner el nombre completo del médico solicitante
8. Escribir la cédula profesional del médico solicitante
9. Colocar el día, mes y año en su espacio correspondiente
10. En el espacio que indica "ELABORO" poner el nombre completo y la firma de la persona de trabajo social que realiza la solicitud de condonación de pago.
11. En "SOLICITA" colocar el nombre de la persona que encabeza la Residencia del Anciano "Casa del Árbol"
12. Nombre y firma del Funcionario que autoriza la condonación

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DEL ADULTO MAYOR
RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL"
SOLICITUD DE CONDONACIÓN DE PAGO

DR. LORENZO PANCO GAUTISTA
DIRECTOR DEL HOSPITAL JUAN GRAHAM CASASSI

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESTUDIO SOLICITADO E INFORMACIÓN CLÍNICA: _____

HORA DE LA CITA: _____ NOMBRE DEL HOSPITAL AL CUAL SE LE HACE LA SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE: _____

ELABORO _____ SOLICITA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL _____ LIC. MARIBEL RUIZ PALOMARES SUAREZ COORDINADORA DE RESIDENCIA "CASA DEL ÁRBOL" NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE AUTORIZA _____

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DEL ADULTO MAYOR
RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL"
ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO

1

NOMBRE: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGIÓN: _____

OCCUPACIÓN: _____

FECHA DE INGRESO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

12

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DEL ADULTO MAYOR
RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ÁRBOL"

Instrucciones para el correcto llenado del estudio socio-económico de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" DIF Tabasco.

1. Colocar imagen de la persona a la cual se le indica el estudio socio-económico.
2. Poner el nombre completo sin abreviaturas en el espacio correspondiente
3. Colocar el género percibido en el espacio solicitado como "SEXO"
4. Colocar el número de años cumplidos al momento de la elaboración del estudio socio-económico
5. En el espacio designado a la fecha de nacimiento, poner el día, mes y año en que nació el sujeto interrogado. Tomar dicha fecha desde un acta de nacimiento de preferencia.
6. En "LUGAR DE ORIGEN" colocar el lugar donde nació por municipio y estado o en su defecto el estado y país.
7. En estado civil, colocar su condición de unido o no unido, ej: casado, soltero, divorciado, viudo, etc.
8. En escolaridad, colocar el máximo grado de estudios alcanzado.
9. Poner la religión que predica según corresponda
10. En "OCCUPACIÓN:" colocar las labores a las que se dedicó en su vida y su situación laboral actual.
11. En "FECHA DE INGRESO:" poner el día, mes y año en el que el adulto mayor se convierte en residente de "Casa del Árbol"
12. Colocar en el espacio correspondiente a "ANTECEDENTES PERSONALES" si la persona cuenta con familiares, los lugares donde radicó en los últimos años, padecimientos y/o enfermedades.
13. Poner en "SITUACIÓN ECONOMICA" si la persona recibe alguna pensión, si es económicamente activa, si tiene alguna posesión o bien.
14. Colocar los datos de los familiares si es que están disponibles
15. En "MOTIVO DE INGRESO" indicar las causas que llevaron al adulto mayor a requerir su entrada, estos pueden ser: situación de abandono por parte de abandono familiar, aislamiento social y solicitud de residencia de día
16. Colocar en "DIAGNÓSTICO SOCIAL" la situación actual de convivencia (sociable, aislado, selectivo con quienes convive, etc.), así como el estado anímico (iracundo, tranquilo, triste, etc.) y demás menesteres perceptible conforme al comportamiento del individuo.
17. Colocar el nombre y firma del trabajador social responsable de la entrevista así como el nombre y firma del adulto mayor entrevistado.

SITUACIÓN ECONOMICA: _____

13

DATOS DE LOS FAMILIARES: _____

14

MOTIVO DE INGRESO: _____

15

DIAGNÓSTICO SOCIAL: _____

16

RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL: _____

Instrucciones para el correcto llenado del Permiso de Salida de la Residencia del Anciano "Casa del Arbol" DIF Tabasco.

- 1. Colocar el día mes y año según en el espacio designado para tal efecto
2. Poner la dirección y motivo de salida en el espacio subsecuente a la frase "POR ESTE MEDIO SOLICITO A USTED UN PERMISO DE SALIDA PARA TRASLADARME A"
3. Colocar fecha y hora tanto de salida como de regreso según corresponda
4. Colocar el nombre completo y firma del adulto mayor solicitante en el espacio correspondiente
5. Colocar el nombre completo y firma del subdirector o administrador de "Casa del Arbol"
6. Colocar el nombre completo y la firma del coordinador del área médica
7. Colocar el nombre completo y la firma del responsable del área de trabajo social.

Formulario titled 'PERMISO DE SALIDA' with fields for resident name, date, time, and signatures of the resident, coordinator, and social worker.

Instrucciones para el correcto llenado de Programación semanal de Traslados de residentes de "Casa del Arbol" DIF Tabasco.

- 1. Colocar las fechas que comprenden la semana en que se programan los traslados, colocarle el mes y el año en que se realizarán dichos traslados.
2. En la columna "NOMBRE DEL RESIDENTE" colocar el nombre completo de cada adulto mayor que será trasladado en la semana.
3. En la columna "FECHA" colocar el día, mes y año del adulto mayor a trasladar según la fila correspondiente
4. En la columna "HORA" colocar la hora del traslado del adulto mayor según la fila correspondiente
5. En la columna "LUGAR" indicar el sitio donde arribará el adulto mayor trasladado
6. En la columna "ESPECIALIDAD" indicar la especialidad a la que son referidos. En caso de que no se hiciera un traslado médico sino de otra índole, indicar motivo de traslado.
7. Colocar el nombre y firma de la persona responsable del área de trabajo social que informa la programación de traslados de residentes.

Table titled 'PROGRAMACIÓN DE LA SEMANA DE TRASLADOS DE RESIDENTES DE CASA DEL ARBOL' with columns for name, date, time, location, and speciality.

Instrucciones para el correcto llenado de la carta compromiso-responsiva de la Residencia del Anciano "Casa del Arbol" DIF Tabasco.

- 1. Colocar la hora luego de la frase "SIENDO LAS"
2. Colocar el día luego de la frase "HORAS DEL DÍA"
3. Colocar el mes en curso luego de la frase "DEL MES DE"
4. Colocar el año en curso luego de la frase "DEL AÑO"
5. Colocar el nombre de la persona que asume compromiso luego de la frase "YO EL C"
6. Colocar el grado de parentesco de la persona en el lugar correspondiente
7. Colocar C. y nombre del adulto mayor residente luego de la frase "CON EL (LA)"
8. Colocar el número de años cumplidos del adulto mayor entre las palabras "DE" y "EDAD"
9. Colocar el número de veces al mes en el cual la persona se compromete a visitar al adulto mayor dado entre las palabras "PERSONALMENTE" y "VECES"
10. Indicar la cifra en número y letra de la cuota mensual con las letras M.N.
11. Colocar el nombre y firma del familiar
12. Colocar el nombre y firma de la persona del área de trabajo social que realiza el documento.

Formulario titled 'ABUNTO: COMPROMISO-RESPONSIVA' with fields for date, time, location, and signature of the family member.

- 1. VISITAR A MI FAMILIAR PERSONALMENTE... VECES AL MES.
2. LLEVAR A MI FAMILIAR DE PASEO, FUERA DEL CENTRO ASISTENCIAL POR TRATAMIENTOS.
3. TRAERLE A MI FAMILIAR LO NECESARIO PARA SU AREGLO PERSONAL COMO: CALZADO, PAÑALES, ROPA Y TODO LOS ARTICULOS REQUERIDOS PARA SU AREGLO PERSONAL.
4. APORTAR PUNTUALMENTE CENTRO DE LOS PRIMEROS CINCO DIAS DEL MES LA CUOTA MENSUAL CORRESPONDIENTE PLAZA DE COALIN ACUERDO CON LA DIRECCION DE COORDINACION DE TRABAJO SOCIAL LA CUAL ASCIENDE A...
5. AUTORIZO A ESTE CENTRO ASISTENCIAL RESIDENCIA DEL ANCIANO "CASA DEL ARBOL" LE SEAN REALIZADOS A MI FAMILIAR LOS ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS, NECESARIOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SUS ENFERMEDADES, INDICADOS PARA LA RECUPERACION Y CONSERVACION DE LA SALUD, EN CASO DE LA MENTABLE DEFUNCION DE SER NECESARIO, LOS ESTUDIOS POST-MORTEM ORDENADOS EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 208 DEL CODIGO SANITARIO EN VIGOR.
6. ME COMPROMETO A DARLE CRISTIANA SEPULTURA EN CASO DE DECESO DE MI FAMILIAR.
7. SI POR CIRCUNSTANCIA ALGUNA CAMBIO DE DIRECCION MI COMPROMISO ES IMPROPIAMENTE OPORTUNAMENTE AL AREA DE TRABAJO SOCIAL MI DIRECCION ACTUAL.
8. COOPERAR CUANTAS VECES SEA NECESARIO CON EL CENTRO ASISTENCIAL, CON LOS ARTICULOS NECESARIOS PARA LA ORGANIZACION DE FESTIVOS, MATERIAL PARA EL AREA DE MANUALES U OTRAS NECESIDADES DEL CENTRO.
9. MI FAMILIAR INGRESA A PARTIR DE ESTA FECHA CON UN PERIODO DE ADAPTACION DE UN MES, DE NO LOGRAR ADAPTARSE AL REGLAMENTO ESTABLECIDO EN ESTA INSTITUCION SE PROCEDERA A LA BAJA NECESARIA PARA REINTEGRARSE A SU NUEVO NUCLEO FAMILIAR.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Nombre completo del beneficiario según aparece en el acta de nacimiento.
2. Número de expediente del beneficiario del Programa.
3. Edad del beneficiario en años cumplidos.
4. Género del beneficiario.
5. Estado Civil del beneficiario.
6. Fecha que se lo realiza el estudio.
7. Último grado de estudio del beneficiario.
8. A que se dedica el beneficiario.
9. En caso de que trabaje, escribir el número telefónico del empleo.
10. Especificar calle, número exterior e interior, colonia, ciudad, código postal, y estado, cuyos datos se obtienen de la credencial de elector, si tiene datos vigentes, en caso contrario el beneficiario deberá presentar un comprobante de domicilio (recibo de agua, luz o teléfono).
11. Número telefónico del domicilio del beneficiario.
12. Nombres de las calles transversales al domicilio del beneficiario.
13. Nombres de las calles paralelas al domicilio del beneficiario.
14. Nombre de la Entidad Federativa donde se ubica el domicilio del beneficiario.
15. Código postal de la localidad donde reside el beneficiario.
16. Tipo de servicio que recibe de parte del Programa.
17. Razón por la que se realiza el estudio.
18. Nombre de la persona que proporciona la información.
19. Tipo de parentesco que guarda la persona que proporciona la información con el beneficiario.
20. Edad de la persona que proporciona la información.
21. En este apartado deberá considerarse el gasto total del mes que es una suma de lo que se invierte en servicios como agua, luz, teléfono, rentas; asimismo alimentos, gastos en servicios, médicos, transporte, etc. del beneficiario o cualquier otro miembro de la familia que comparte el hogar con el beneficiario. Además debe anotarse el ingreso mensual que recibe el beneficiario y/o los cohabitantes del hogar; debe sumarse también aquí los apoyos económicos o en especie de parte del gobierno municipal, estatal o federal; y, los apoyos recibidos de parte de familiares cercanos.
22. Si el beneficiario trabaja, especificar la empresa, institución o lugar.
23. Anotar los servicios médicos con los que cuenta el beneficiario, IMSS, SS, ISSSTE, ISSET, Seguro Popular, etc.
24. Si a través del CREE se le recibió como subrogado de alguna otra institución: PEMEX, ISSSTE, Secretaría de Salud, etc.
25. Especificar las características de la vivienda, condición de uso: rentada, propia, prestada; barreras arquitectónicas, y demás características.
26. En este apartado deberá anotarse el tipo de familia: integrada, desintegrada, nido vacío, etc.; los números de integrantes de la familia que viven en el hogar y si la relación es favorable o desfavorable.
27. Narrar los datos importantes que manifiesta el informante y que no han sido considerados en los apartados anteriores.
28. Nombre y firma de quien proporciona la información, en el caso de que este no sepa escribir su nombre deberá colocar aquí la huella de cualquiera de los dos pulgares.
29. Nombre y firma de quien realiza el estudio socioeconómico.

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR: (26)		
TIPO DE FAMILIA:		
No. DE INTEGRANTES	PADRE	
	MADRE	
	HUO (A)	
	OTROS	
TIPO DE RELACIÓN	FAVORABLE	
	DESFAVORABLE	
OBSERVACIONES: (27)		

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACIÓN (28)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (29)

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROGRAMA DE DONACIÓN DE AUXILIARES AUDITIVOS			
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO			
NOMBRE (1)		No. DE EXPEDIENTE (2)	
EDAD (3)	SEXO (4)	EDO. CIVIL (5)	FECHA DEL ESTUDIO (6)
ESCOLARIDAD (7)	OCUPACIÓN (8)		TEL. DE TRABAJO (9)
DOMICILIO: (10)		TEL DEL DOMICILIO (11)	
UBICACION CALLES TRANSVERSALES (12)		CALLES PARALELAS (13)	
ENTIDAD FEDERATIVA (14)		CÓDIGO POSTAL (15)	
SERVICIO AL QUE ACUDE(16)			
MOTIVO DEL ESTUDIO (17)			
NOMBRE DEL ENTREVISTADO (18)		PARENTESCO O RELACIÓN (19)	EDAD (20)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (21)			
¿CUAL ES SU GASTO MENSUAL (AGUA, LUZ, TELEFONO, ALIMENTOS, ETC)?		\$	
¿CUÁNTO GANA MENSUALMENTE?		\$	
TRABAJA EN: (22)		SERVICIOS MÉDICOS (23)	
		SUBROGADOS: (24)	
		SI () NO ()	
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (25)			
CASA PROPIA: ()		RENTA: ()	
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:		No. DE FOCOS:	No. DE CUARTOS:
ESPECIFIQUE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Número de folio correspondiente para el proyecto que se esté operando.
2. Fuente de financiamiento del Proyecto.
3. Número de oficio de autorización para la ejecución del Proyecto.
4. Número de Proyecto.
5. Número de licitación.
6. Beneficio que se otorga en calidad de donación
7. Nombre del beneficiario
8. Domicilio del beneficiario según consta en la credencial de elector, y este no es el correspondiente el beneficiario deberá presentar un comprobante de domicilio (recibo de agua, luz, teléfono, etc.
9. Lugar y fecha en que tiene lugar la donación.
10. Nombre y firma del beneficiario de acuerdo a la credencial de elector o en su defecto huella digital.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE DONACIÓN DE LENTES

No. DE FOLIO: _____ (1)

RECIBO DE DONACIÓN

RECIBÍ DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUTORIZADOS CON RECURSOS PROVENIENTES DEL _____ (2) CON OFICIO DE AUTORIZACIÓN _____ (3) PROYECTO _____ (4) Y LICITACION PÚBLICA ESTATAL _____ (5) EN CALIDAD DE:

DONACIÓN: (6) _____

PARA EL (LA) C.: _____ (7)

CON DOMICILIO EN: _____ (8)

Me comprometo a hacer buen uso del bien y al cuidado de los mismos, los cuales servirán para mi integración familiar y social.

Así mismo autorizo al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, para que proporcione mis datos personales al Padrón de Beneficiarios de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad con el propósito de dar seguimiento al donativo del que fui objeto, el cual consiste en 1 par de lentes.

Villahermosa, Tabasco; a _____ (9)

RECIBI: _____

Nombre y firma del beneficiario (10)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Nombre completo del beneficiario según aparece en el acta de nacimiento.
- Número de expediente del beneficiario del Programa.
- Edad del beneficiario en años cumplidos.
- Género del beneficiario.
- Estado Civil del Beneficiario.
- Fecha que se le realiza el estudio.
- Último grado de estudio del beneficiario.
- A que se dedica el beneficiario.
- En caso de que trabaje, escribir el número telefónico del empleo.
- Especificar calle, número exterior e interior, colonia, ciudad, código postal, y estado, cuyos datos se obtienen de la credencial de elector, si tiene datos vigentes, en caso contrario el beneficiario deberá presentar un comprobante de domicilio (recibo de agua, luz o teléfono).
- Número telefónico del domicilio del beneficiario.
- Nombres de las calles transversales al domicilio del beneficiario.
- Nombres de las calles paralelas al domicilio del beneficiario.
- Nombre de la Entidad Federativa donde se ubica el domicilio del beneficiario.
- Código postal de la localidad donde reside el beneficiario.
- Tipo de servicio que recibe de parte del Programa.
- Razón por la que se realiza el estudio.
- Nombre de la persona que proporciona la información.
- Tipo de parentesco que guarda la persona que proporciona la información con el beneficiario.
- Edad de la persona que proporciona la información.
- En este apartado deberá considerarse el gasto total del mes que es una suma de lo que se invierte en servicios como agua, luz, teléfono, rentas; asimismo alimentos, gastos en servicios, médicos, transporte, etc. del beneficiario o cualquier otro miembro de la familia que comparte el hogar con el beneficiario. Además debe anotarse el ingreso mensual que recibe el beneficiario y/o los cohabitantes del hogar; debe sumarse también aquí los apoyos económicos o en especie de parte del gobierno municipal, estatal o federal; y, los apoyos recibidos de parte de familiares cercanos.
- Si el beneficiario trabaja, especificar la empresa, institución o lugar.
- Anotar los servicios médicos con los que cuenta el beneficiario, IMSS, SS, ISSSTE, ISSET, Seguro Popular, etc.
- Si a través del CREC se le recibió como subrogado de alguna otra institución: PEMEX, ISSSTE, Secretaría de Salud, etc.
- Especificar las características de la vivienda, condición de uso: rentada, propia, prestada; barreras arquitectónicas, y demás características.
- En este apartado deberá anotarse el tipo de familia: integrada, desintegrada, nido vacío, etc.; los números de integrantes de la familia que viven en el hogar y si la relación es favorable o desfavorable.
- Narrar los datos importantes que manifiesta el informante y que no han sido considerados en los apartados anteriores.
- Nombre y firma de quién proporciona la información, en el caso de que este no sepa escribir su nombre deberá colocar aquí la huella de cualquiera de los dos pulgares.
- Nombre y firma de quién realiza el estudio socioeconómico.

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROGRAMA DE DONACIÓN DE AUXILIARES AUDITIVOS ESTUDIO SOCIOECONÓMICO			
NOMBRE (1)		No. DE EXPEDIENTE (2)	
EDAD (3)	SEXO (4)	EDO. CIVIL (5)	FECHA DEL ESTUDIO (6)
ESCOLARIDAD (7)	OCUPACIÓN (8)	TEL. DE TRABAJO (9)	
DOMICILIO: (10)		TEL. DEL DOMICILIO (11)	
UBICACION CALLES TRANSVERSALES (12)		CALLES PARALELAS (13)	
ENTIDAD FEDERATIVA (14)		CÓDIGO POSTAL (15)	
SERVICIO AL QUE ACUDE (16)			
MOTIVO DEL ESTUDIO (17)			
NOMBRE DEL ENTREVISTADO (18)		PARENTESCO O RELACIÓN (19)	EDAD (20)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (21)			
¿CUÁL ES SU GASTO MENSUAL (AGUA, LUZ, TELÉFONO, ALIMENTOS, ETC)?			\$
¿CUÁNTO GANA MENSUALMENTE?			\$
TRABAJA EN: (22)		SERVICIOS MÉDICOS (23)	
		SUBROGADOS: (24)	
		SI () NO ()	
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (25)			
CASA PROPIA: ()		RENTA: ()	PRESTADA: ()
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:		No. DE FOCOS:	No. DE CUARTOS:
ESPECIFIQUE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:			

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR: (26)	
TIPO DE FAMILIA:	
No. DE INTEGRANTES	PADRE
	MADRE
	HUO (A)
	OTROS
TIPO DE RELACIÓN	FAVORABLE
	DESFAVORABLE
OBSERVACIONES: (27)	

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACIÓN (28)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (29)

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIÓN DE LLENADO:

- 1.- FECHA DEL DIA EN QUE SE INSCRIBEN
- 2.- NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO Y LA EDAD ACTUAL
- 3.- DATOS COMPLETOS DEL LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
- 4.- ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS
- 5.- DIAGNOSTICO VISUAL DEL ALUMNO Y ALGUN OTRO EN CASO DE OTRA DISCAPACIDAD.
- 6.- FECHA DE INGRESO POR PRIMERA VEZ AL CENTRO
- 7.- ESTADO CIVIL DEL ALUMNO
- 8.- NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO (A) EN CASO DE ESTAR CASADO (A)?9.- CANTIDAD DE HIJOS EN CASO DE SER CASADO (A)
- 10.- NOMBRE Y EDAD COMPLETO DE LA MADRE DEL ALUMNO EN CASO DE SER MENOR DE EDAD Y NO ESTAR CASADO (A)
- 11.- FUNCION QUE REALIZA EN SU TRABAJO O EN CASA Y ULTIMO NIVEL DE ESTUDIO.
- 12.- NOMBRE Y EDAD COMPLETO DEL PADRE DEL ALUMNO EN CASO DE SER MENOR DE EDAD Y NO ESTAR CASADO (A)
- 13.- FUNCION QUE REALIZA EN SU TRABAJO O EN CASA Y ULTIMO NIVEL DE ESTUDIO
- 14.- DOMICILIO ACTUAL DEL ALUMNO Y NUMEROS DE TELEFONO DE CASA O DE CELULARES
- 15.- SITUACION CIVIL DE LOS PADRES
- 16.- NOMBRE COMPLETO DE LA ESCUELA REGULAR DONDE ASISTE EN CASO DE ESTAR INTEGRADO
- 17.- NUM. DE CLAVE, SECTOR, ZONA Y TELEFONO DE LA ESCUELA REGULAR
- 18.- DOMICILIO DE LA ESCUELA
- 19.- NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR DE LA ESC. REGULAR
- 20.- NOMBRE COMPLETO DEL MAESTRO (A) DE GRUPO
- 21.- NOMBRE COMPLETO DE MAESTRO DE APOYO DE EDUCACION ESPECIAL EN CASO DE TENERLO.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

FICHA DE INSCRIPCIÓN

FECHA (1) _____

DATOS GENERALES DEL ALUMNO:

Nombre del alumno: (2) _____ edad (2) _____

Lugar y fecha de nacimiento: (3) _____

Escolaridad: (4) _____

Diagnóstico: (5) _____

Fecha de ingreso: (6) _____

Estado civil: (7) _____

Nombre del (a) esposo (a): (8) _____ edad: _____

No. de hijos: (9) _____

DATOS DE LOS PADRES DE FAMILIA:

Nombre de la madre: (10) _____ edad _____

Ocupación: (11) _____ escolaridad _____

Nombre del padre: (12) _____ edad _____

Ocupación: (13) _____ escolaridad _____

Domicilio: (14) _____ teléfono _____

Situación civil de los padres (15) casados _____ unión libre _____ divorciados _____ otro _____

DATOS DE LA ESCUELA:

Nombre de la escuela: (16) _____

Clave: (17) _____ zona _____ sector _____ telefono _____

Ubicación: (18) _____

Director: (19) _____

Maestro del grupo: (20) _____

Maestro de USAER o educación especial: (21) _____

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- 1.- NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO O BENEFICIARIO
- 2.- EDAD ACTUAL DEL ALUMNO O BENEFICIARIO
- 3.- DETERMINAR FEMENINO O MASCULINO
- 4.- ESTADO CIVIL (CASADO, SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO O UNION LIBRE)
- 5.- FECHA EN QUE SE REALIZA ESTE ESTUDIO
- 6.- ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIO DEL BENEFICIARIO
- 7.- A QUE SE DEDICA EL BENEFICIARIO
- 8.- NÚMERO TELEFÓNICO DEL LUGAR DONDE TRABAJA EN CASO DE CONTAR CON UN EMPLEO.
- 9.- DATOS COMPLETOS DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO
- 10.- NÚMERO TELEFÓNICO DE SU DOMICILIO O ALGUN NÚMERO CELULAR SI NO TIENE EN CASA
- 11.- ENTRE QUE CALLES SE UBICA SU DOMICILIO
- 12.- ESTADO AL QUE PERTENECE SU DOMICILIO
- 13.- NÚMERO DEL CODIGO POSTAL
- 14.- NOMBRE DE LA PERSONA A LA QUE SE LE REALIZA ESTE ESTUDIO EN CASO DE NO SER MAYOR DE EDAD EL ALUMNO O BENEFICIARIO
- 15.- PARENTESCO DEL ENTREVISTADO CON EL ALUMNO O BENEFICIARIO
- 16.- EDAD DE LA PERSONA ENTREVISTADA
- 17.- DATOS COMPLETOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL DOMICILIO DEL ALUMNO O BENEFICIARIO (NOMBRE, PARENTESCO, EDAD, ESTADO CIVIL, ULTIMO GRADO DE ESTUDIO Y A QUE SE DEDICA)
- 18.- DIAGNOSTICO VISUAL DEL ALUMNO O ALGUNA OTRA DISCAPACIDAD EN CASO DE TENERLA.
- 19.- DATOS ECONOMICOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN CASA Y CUENTAN CON UN EMPLEO (ANOTAR SUS INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES)
- 20.- ANOTAR CON UNA (X) EL TIPO DE VIVIENDA, SI CUENTA CON SANITARIO, SI ES CASA CON DIVISION O UNA SOLA PIEZA Y POR ULTIMO SI CUENTA CON ANIMALES DOMESTICOS
- 21.- ANOTAR LA ACCESIBILIDAD QUE TIENEN PARA DEAMBULAR POR SU DOMICILIO O CUANDO SE DIRIGEN A ESTE CENTRO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

ESTUDIO SOCIAL

NOMBRE(1)			
EDAD(2)	SEXO(3)	IDO. CIVIL(4)	FECHA(5)
ESCOLARIDAD(6)	OCCUPACION(7)	TEL. TRABAJO (8)	
DOMICILIO(9)		TEL DEL DOMICILIO (10)	
UBICACION CALLES TRANSVERSALES(11)		CALLES PARALELAS (12)	
ENTIDAD FEDERATIVA(13)		CODIGO POSTAL (14)	
MOTIVO DE ESTUDIO			
NOMBRE DEL ENTREVISTADO(15)		PARENTESCO O RELACION (16)	EDAD(17)
ESTRUCTURA FAMILIAR (17)			
MIEMBROS DE LA FAMILIA			
	PARENTESCO	EDAD	IDO. CIVIL
			OCCUPACION
			ESCOLARIDAD
DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE DISCAPACIDAD (18)			

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

OBSERVACIONES (19)

REALIZO: (20)

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- 1.- FECHA EN QUE ASISTE EL NIÑO O EL ADULTO A VALORACION CON LA ESPECIALISTA EN CEGUERA Y DEBILIDAD VISUAL
- 2.- NOMBRE DE LA PERSONA A VALORAR
- 3.- DIAGNOSTICO VISUAL DE LA PERSONA A VALORAR
- 4.- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO COMPLETO DE LA PERSONA A VALORAR
- 5.- EDAD COMPLETA DE LA PERSONA A VALORAR
- 6.- DOMICILIO COMPLETO DE LA PERSONA A VALORAR
- 7.- ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIO DE LA PERSONA A VALORAR
- 8.- TELÉFONO DE SU DOMICILIO O DE CELULARES

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

FICHA DE VALORACION

AREA: Trabajo Social

FECHA: (1) _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (2) _____

DIAGNÓSTICO: (3) _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (4) _____

EDAD (5) _____

DOMICILIO: (6) _____

ESCOLARIDAD: (7) _____

TELÉFONO: (8) _____

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

CONSTANCIA DE ESTUDIOS

- 1.- NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO DEL C.A.I.C.D.V.
- 2.- SE ANOTAN LOS DATOS DE LAS AREAS, EL DIA Y LA HORA EN QUE ASISTE EL ALUMNO
- 3.- SE ESCRIBE LA FECHA COMPLETA DEL DIA QUE SE REALIZA LA CONSTANCIA
- 4.- DATOS COMPLETOS DEL NOMBRE DEL DIRECTOR DEL C.A.I.C.D.V. Y LA FIRMA CORRESPONDIENTE?

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tabasco.
Tel.:3533244

E-mail tallerdar@hotmail.com

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe Titular del Centro de Atención Integral para Ciegos y Débiles Visuales.

HACE CONSTAR

Que el (la) C. (1) _____

Es alumno(a) de este Centro, asistiendo a las áreas de: (2) _____

A petición del (la) interesado (a), se extiende la presente a (3) _____

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL C.A.I.C.D.V. (4)

Ccp. Expediente Trabajo Social

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tabasco.
Tel.:3533244

E-mail tallerdar@hotmail.com

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- (1) Nombre del alumno como aparece en la ficha de identificación
- (2) Fecha de nacimiento como aparece en la ficha de identificación.
- (3) Edad en años cumplidos.
- (4) Especificar el nivel escolar que posee el alumno: tronco, en proceso, o finalizado.
- (5) Diagnóstico médico de ceguera o debilidad visual, y patologías añadidas
- (6) Área del informe semestral.
- (7) Nombre del maestro que escribe el Informe y responsable del área
- (8) Objetivo general del semestre.
- (9) Logros alcanzados al semestre y áreas de oportunidad por niveles y subniveles.
- (10) Sugerencias de actividades escolares y extraescolares.
- (11) Alguna otra anotación pertinente no contemplada en los apartados anteriores.

NOTA: Este formato que considera las actividades del semestre es de uso tanto para los docentes del CAICDV como para los padres o tutores y el alumno.

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tab.
Tel.:3533244 E-mail tallerdar@hotmail.com.mx

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INFORME SEMESTRAL

FECHA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (1) _____
FECHA DE NACIMIENTO: (2) _____ EDAD: (3) _____
GRADO ESCOLAR O NIVEL: (4) _____ OX: (5) _____
ÁREA: (6) _____
RESPONSABLE DEL ÁREA: (7) _____

OBJETIVO GENERAL (8)

AVANCES Y LOGROS (9)

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tab.
Tel.: 3533244 E-mail: tallerdar@hotmail.com.mx

SUGERENCIAS DE TRABAJO EN CASA (10)

OBSERVACIONES (11)

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA.

ENTERADO

Vs. Sa.

COORDINADOR(A) DOCENTE

TITULAR DEL CAI.C.D.V.

C.C.P.- SERVICIOS ESCOLARES.

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tab.
Tel.: 3533244 E-mail: tallerdar@hotmail.com.mx

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- (1) Área a la que pertenece el formato. Puede ser varias.
- (2) Número de día lunes en que empieza la semana a anotar
- (3) Número del día final de la semana en que se anota- Viernes
- (4) Mes correspondiente
- (5) Año correspondiente
- (6) Desglose de la asistencia de los alumnos.
- (7) Especificar incidencias.

NOTA: si se anotan varias áreas en el mismo formato en el punto 6 hacer la especificación de a qué área pertenece cada alumno.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

LISTADO SEMANAL DE ÁREAS

ÁREA: (1)

SEMANA DEL ____ DE ____ AL ____ DE ____ DE ____ DE ____ DE ____

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00-8:00	(6)				
8:00-9:00					
9:00-10:00					
10:00-11:00					
11:00-12:00					
12:00-13:00					
13:00-14:00					
14:00-15:00					

Agregue alguna de las especificaciones siguientes según sea el caso:
 FIE Faltó por Enfermedad
 FIE Faltó por Bajas
 FIE Faltó por Sanción
 FIA Faltó del Alumno
 LIM Liberado Médico

OBSERVACIONES:
(7) _____

FIRMA Y NOMBRE DEL MAESTRO

FIRMA DE COORDINACIÓN DOCENTE

TITULAR DEL CAI.C.D.V.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- (1) Nombre del área específicas.
- (2) Seleccionar la opción que corresponda.
- (3) Seleccionar la opción que corresponda
- (4) Especificar la incidencia en el área y/o documento.
- (5) Firma y nombre completo del encargado del área.
- (6) Firma y nombre completo del coordinador/a docente.
- (7) Firma y nombre completo del titular del CAI.C.D.V.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

SUPERVISIÓN DE ÁREAS

FECHA: _____

SUPERVISOR DEL ÁREA DE D2

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN	SI	NO
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL		
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DEBILES VISUALES		
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN CIEGOS VISUALES		
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE		
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA		
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA		
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL		

ENCUADRO DEL ÁREA (2)

FIRMANDO (3)

Vsb. (7)

COORDINADOR(A) DOCENTE

TITULAR DEL CAI.C.D.V.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- (1) Mes que se informa
- (2) Ciclo escolar al que pertenece
- (3) Núm. de acciones totales en el mes.
- (4) Fechas de cada evento, separadas por comas. Sólo número de día.
- (5) Observaciones específicas de cada evento en orden, separado por comas.
- (6) Nombre completo y firma del coordinador/a docente.
- (7) Nombre completo y firma del titular del CAICDV.

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tab. Tel.:3533244
E-mail tallerdar@hotmail.com.mx

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INFORME MENSUAL COORDINACIÓN DOCENTE

RESPONSABLE AL MES DE: _____ (1)
CICLO ESCOLAR: _____ (2)

MAYORÍA DE APOYO PEDAGÓGICO			
TIEMPO A BARRER	DI	MI	VI
JUNTA DE PADRES			
JUNTA DE MAESTROS			
JUNTA PERSONAL DOCENTE			
PLATÓN DE ESPECIALIZACIÓN			
JUNTA DE CIEGOS			
COMISIÓN A TALLERES/CAPACITACIÓN			
REUNIONES INTERNAS AL CICLO			
VALORACIONES EXTERNAS			
TOTAL DE EVENTOS			

ENTRENA (6)
COORDINADORA DOCENTE

RECIBÍ (7)
TITULAR DEL CAICDV

Av. Hierro Retorno del Cromo s/n. Cd Industrial, Villahermosa, Tab. Tel.:3533244
E-mail tallerdar@hotmail.com.mx

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- (1) Nombre de los tres meses comprendidos.
- (2) Área a la que pertenece el informe trimestral.
- (3) Nombre del maestro responsable del área.
- (4) Nombre completo del alumno como se presenta en la ficha de identificación.
- (5) Asistencias reales sobre las fechas que debió tener el alumno.
- (6) Anotar el nivel en el que está el alumno según su plan individual de trabajo, que se guía del mensual o programa de cada área.
- (7) Especificar las actividades realizadas en los tres meses: avances, retrocesos, impases.
- (8) Otras anotaciones pertinentes que no pertenezcan a algún otro apartado.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A CIEGOS Y DÉBILES VISUALES
"PACHELA ROVIROSA DE GAUDIANO"

INFORME TRIMESTRAL

FECHA: _____

INFORME TRIMESTRAL DE: (1) _____
ÁREA: (2) _____

RESPONSABLE: (3) _____

NOMBRE DEL ALUMNO	ASISTENCIA	NIVEL	ACTIVIDADES REALIZADAS
(4)	(5)	(6)	(7)

Observaciones:
8)

ENTRENA (6) RECIBÍ (7) VALORACIONES EXTERNAS
COORDINADORA DOCENTE TITULAR DEL CAICDV

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Fecha del período que abarca el programa de actividades del alumno.
2. Nombre completo del alumno, según consta en su acta de nacimiento.
3. Diagnóstico del alumno, de acuerdo a la valoración médica.
4. Edad del alumno en años cumplidos.
5. Nombre completo del grupo al que ha sido asignado el alumno.
6. Fecha de inicio de actividades.
7. Objetivo general del mes.
8. Objetivo específico de la actividad.
9. Desglose de actividades.
10. Descripción de la tarea a realizar en casa.
11. Firma de la subdirección del Programa de Desarrollo de Habilidades para la Vida.
12. Nombre y firma del terapeuta responsable del cronograma de actividades.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL

FECHA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (1) _____ ÁREA: (2) _____ GRUPO: (3) _____

Nombre del alumno	Área	Asistencia	Avance	Retraso
QUERIDO ESPECIAL (4)	QUERIDO ESPECIAL	QUERIDO ESPECIAL	QUERIDO ESPECIAL	QUERIDO ESPECIAL
QUERIDO ESPECIAL (5)	QUERIDO ESPECIAL	QUERIDO ESPECIAL	QUERIDO ESPECIAL	QUERIDO ESPECIAL
ACTIVIDADES (6)	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
TIEMPO (7)	TIEMPO	TIEMPO	TIEMPO	TIEMPO

VALORACIONES EXTERNAS (8)

TERAPEUTA (9)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Nombre completo del alumno según aparezca en el acta de nacimiento.
2. Edad del alumno en años cumplidos.
3. Sexo del alumno.
4. Fecha de nacimiento del alumno en día, mes y año.
5. Diagnóstico del alumno.
6. Número telefónico de casa.
7. Nombre completo del padre del alumno.
8. Estado civil actual del padre.
9. Edad del padre del alumno en años cumplidos.
10. Fecha de nacimiento en día, mes y año del padre.
11. Último grado de estudios del padre.
12. Número telefónico particular del padre.
13. Dirección completa del trabajo actual del padre.
14. Número telefónico del trabajo del padre.
15. Nombre completo de la madre.
16. Estado civil actual de la madre.
17. Edad de la madre del alumno en años cumplidos.
18. Fecha de nacimiento de la madre del alumno en día, mes y año.
19. Último grado de estudios de la madre.
20. Número telefónico particular de la madre.
21. Dirección completa del trabajo actual de la madre.
22. Número telefónico del trabajo de la madre.
- Datos generales de otra persona a quien referirse en caso de ausencia de los padres o emergencia.
23. Nombre completo dado por los padres del alumno de la persona a la cual referirse en caso de emergencia.
24. Edad de la persona en años cumplidos.
25. Parentesco o relación con el alumno.
26. Dirección completa de la persona.
27. Ocupación actual de la persona.
28. Número telefónico particular de la persona.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

DATOS GENERALES

NOMBRE: (1)		
EDAD (2)	SEXO (3)	FECHA DE NACIMIENTO (4)
DIAGNÓSTICO: (5)		TEL. DEL DOMICILIO (6)
NOMBRE DEL PADRE (7)	EDO. CIVIL (8)	EDAD (9)
FECHA DE NACIMIENTO (10)	ESCOLARIDAD (11)	CEL. PARTICULAR (12)
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (13)		TEL. TRABAJO (14)
NOMBRE DE LA MADRE (15)	EDO. CIVIL (16)	EDAD (17)
FECHA DE NACIMIENTO (18)	ESCOLARIDAD (19)	CEL. PARTICULAR (20)
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (21)		TEL. TRABAJO (22)
DATOS GENERALES DE OTRA PERSONA A QUIEN REFERIRSE EN CASO DE AUSENCIA DE LOS PADRES O EMERGENCIA.		
NOMBRE (23)	EDAD (24)	PARENTESCO O RELACION CON EL ALUMNO (25)
DIRECCIÓN (26)	OCCUPACIÓN (27)	TEL. PARTICULAR (28)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Fecha del día en el que se requiera el formato del Estudio Social.
2. Hora en la que se rellena el formato.
3. Número de folio que se le asigna al expediente.
4. Nombre completo del beneficiario de acuerdo al acta de nacimiento.
5. Edad del beneficiario en años cumplidos.
6. Género hombre / mujer del beneficiario.
7. Diagnóstico médico que presenta el beneficiario.
8. Domicilio donde vive el beneficiario.
9. Municipio donde radica el beneficiario.
10. Estado de la República al cual pertenece el beneficiario.
11. Estado civil del beneficiario, si es soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.
12. Último grado de estudios cursados por el beneficiario.
13. Trabajo que realiza o desempeña el beneficiario.
14. Lugar de nacimiento del beneficiario de acuerdo al acta de nacimiento.
15. Fecha de nacimiento del beneficiario de acuerdo al acta de nacimiento.
16. Nombre completo de la persona responsable que acompaña al alumno, de acuerdo a como aparece en su credencial de elector.
17. Edad en años cumplidos de la persona responsable que acompaña al alumno.
18. Género hombre / mujer de la persona responsable que acompaña al alumno.
19. Relación familiar o conocido de la persona responsable que acompaña al alumno.
20. Domicilio donde vive la persona responsable que acompaña al alumno.
21. Número telefónico de la casa de la persona responsable que acompaña al alumno.
22. Municipio donde radica la persona responsable que acompaña al alumno.
23. Estado de la República al que pertenece el municipio donde radica la persona responsable que acompaña al alumno.
24. Número del teléfono móvil de la persona responsable que acompaña al alumno.
25. Monto estimado de los gastos en servicios y alimentos de la familia.
26. Indicar si el alumno gasta en algún medicamento.
27. Monto estimado que utiliza en el gasto de medicamentos.
28. Indicar el número de visitas médicas que realiza el alumno en un mes.
29. Especificar el tipo de estudio médico que necesita el alumno.
30. Indicar el medio de transporte que utiliza el alumno para trasladarse de un lugar a otro.
31. Indicar si el alumno utiliza algún apoyo para moverse.
32. Monto mensual que perciben los padres del alumno.
33. Anotar el nombre completo del lugar donde trabajan los padres del alumno.
34. Señalar si los servicios médicos del alumno son otorgados por la empresa donde laboran los padres.
35. Señalar si la casa donde habita el alumno es propia.
36. Señalar si la casa donde habita el alumno la renta.
37. Señalar si la casa donde habita el alumno es prestada.
38. Señalar si la casa donde habita el alumno se encuentra bardeada o tiene algún portón.
39. Señalar el número de focos que tiene la casa.
40. Señalar el número de cuartos que tiene la casa donde.
41. Especificar si la casa donde habita el alumno es de material u otro, si tiene losa o lamina, si el tipo de piso es de tierra o de mosaico, si tiene todos los servicios agua potable, luz, alcantarillado, recolección de basura, etc.
42. Indicar si la familia es integrada es decir formada por los padres biológicos o desintegrada; si alguno de los miembros de la familia está ausente.
43. Señalar los integrantes de la familia, padre, madre, hijos, otro podría ser un tío, abuelo, primo, etc.
44. Señalar el tipo de relación familiar que tienen los integrantes de la familia, si es adecuada buena o dañina.
45. De acuerdo al estudio socioeconómico realizado por trabajo social, se determina el nivel de clasificación.
46. El trabajador social debe anotar las razones que le indican que el alumno ha excedido dicho estudio.
47. El trabajador social debe anotar las observaciones de manera general que percibió al aplicar el estudio, nombre del beneficiario, edad, diagnóstico y la necesidad que presenta el beneficiario.
48. El trabajador social cuenta con este espacio para anotar sus observaciones más destacadas.
49. Colocar el nombre completo y firma del tutor o del responsable.
50. Colocar el nombre completo y firma de la persona responsable de quien aplica el Estudio Social.
51. Nombre completo y firma del Subdirector del Programa de Desarrollo de Habilidades para la Vida.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA (2)		HORA (2)	NO. DE EXPEDIENTE (3)	
A. DATOS GENERALES				
NOMBRE (4)		EDAD (5)	SEXO (6)	
DIAGNÓSTICO (7)				
DOMICILIO (8)		MUNICIPIO (9)	ESTADO (10)	
ESTADO CIVIL (11)		ESCOLARIDAD (12)	OCUPACIÓN (13)	
LUGAR DE NACIMIENTO (14)		FECHA DE NACIMIENTO (15)		
B. DATOS DEL INFORMANTE				
NOMBRE (16)		EDAD (17)	SEXO (18)	
PARENTESCO (19)	DOMICILIO (20)	TELÉFONO DE CASA (21)		
MUNICIPIO (22)	ESTADO (23)	TELÉFONO CELULAR (24)		
C. SITUACIÓN ECONÓMICA:				
¿CUÁL ES SU GASTO MENSUAL (25)		\$		
DE CUÁNTO ES EL GASTO EN MEDICAMENTOS (26)		\$		
¿CUÁNTAS VISITAS MÉDICAS REALIZA AL MES? (28)				
¿QUÉ TIPO DE ESTUDIO MÉDICO REQUIERE? (29)				
MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA TRANSPORTARSE (30)				
CARRO PROPIO () TRANSPORTE PÚBLICO () ESPECIFIQUE:				
UTILIZA (31)				
SILLA DE RUEDA () MULETA () NINGUNA ()				
INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA (32)		\$		
LOS PADRES TRABAJAN EN (33)		SERVICIOS MÉDICOS (34)		
		SUBROGADOS SI () NO ()		
D. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:				
CASA PROPIA (35) ()		RENTA (36) ()	PRESTADA (37) ()	
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS (38)		NÚMERO DE FOCOS	NO. DE CUARTOS (40)	
		(39)		
ESPECIFIQUE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (41)				
E. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:				
TIPO DE FAMILIA (42)		DESINTEGRADA ()	INTEGRADA ()	
INTEGRANTES (43)		PADRE ()	MADRE ()	HUO () OTRO ()
TIPO DE RELACIÓN (44)		FAVORABLE () DESFAVORABLE ()		
F. NIVEL DE CLASIFICACIÓN (45)				
1	2	3	4	5
				EXENTO
Especifique la razón de exento (46)				

1. Fecha por día, mes y año de preinscripción del alumno.
2. Nombre completo del alumno según aparece en el acta de nacimiento.
3. Fecha de nacimiento del alumno por día, mes y año
4. Diagnóstico del alumno.
5. Nombre completo de la madre del alumno.
6. Números telefónicos de la madre del alumno.
7. Dirección completa actual de la madre del alumno.
8. Nombre completo del padre del alumno.
9. Números telefónicos del padre del alumno.
10. Dirección completa actual del padre del alumno.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN

Fecha de pre-inscripción: (1) _____

- Nombre del alumno: (2) _____
- Fecha de nacimiento: (3) _____
- Diagnóstico: (4) _____
- Nombre de la madre: (5) _____

Teléfonos: (6)

Celular _____

Trabajo _____

Domicilio: (7) _____

- Nombre del padre: (8) _____

Teléfonos: (9)

Celular _____

Trabajo _____

Domicilio: (10) _____

NOTA: El llenado de esta ficha le ubica en lista de pre-inscritos para el ciclo escolar _____, sujeto a disponibilidad de cupo. El espacio para su hijo se verá asegurado ÚNICAMENTE al cubrir el costo de inscripción en el periodo correspondiente.

OBSERVACIONES (47)

NOTAS (48)

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR O RESPONSABLE (49)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORO (50)

SUBDIRECTOR DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA
NOMBRE Y FIRMA (51)

DIRECCIÓN DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad
Instructivo del llenado del formato analisis financiero

1.- PARTE SUPERIOR	Nombre del municipio, de la comunidad y del promotor, mes que se realiza el análisis financiero y numero de grupo
2.- CAPITAL INICIAL	Suma total del ahorro de los grupos más la aportación del DIF (capital fijo)
3.- UTILIDADES	Generadas trimestralmente de cada uno de los proyectos implementados
4.- PÉRDIDAS	reflejadas en el trimestre
5.- CAJA	Con lo que cuenta.
6.- PRESTAMOS PARA PROYECTOS	Es la suma total de inversión de proyectos Agrícolas y comerciales
7.- RECUPERACIÓN	Del monto entregado de paquetes agrícolas, pecuarios y de hortalizas, se reflejara lo que han recuperado en el trimestre.
8.- PROYECTOS AGRÍCOLAS	En este apartado se detallan la cantidad exacta invertida en cada proyecto agrícola y la suma total de todos ellos.
9.- PROYECTO COMERCIAL	En este apartado se detallan la cantidad exacta invertida en cada proyecto comercial y la suma total de todos ellos
10.- PROYECTOS EXTERNOS AL FMS.	Se detalla la recuperación en este apartado de los proyectos de ramo 33 del 2011 y 2012.

INVERSIÓN TOTAL:			
10			
PROYECTOS EXTERNOS AL FMS			
PROYECTOS	INVERSIÓN		
	INICIAL	ACTUAL	UTILIDAD

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

Instructivo del llenado del formato Recibo de fondo de Mutuo Socorro

- 1.- Clave presupuestal del programa Fondo de mutuo socorro
- 2.- Cantidad que se otorga
- 3.- Cantidad que se otorga
- 4.- Numero del convenio firmado previamente
- 5.- Nombre de la localidad beneficiada
- 6.- Nombre del municipio
- 7.- Día, mes y año del día de la entrega del fondo
- 8.- Firma de la persona que recibe como representante del grupo y dos testigos

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

Recibo de Fondo de Mutuo Socorro:

1 Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

ANÁLISIS FINANCIERO 2013

MUNICIPIO:	COMUNIDAD:
MES:	GRUPO Nº:
	ASESOR:

CONCEPTO	CANTIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAPITAL INICIAL		CAJA	
UTILIDAD (+)		BANCO	
CAPITAL ACTUAL		TOTAL FMS	

PROYECTO RAMO 33:

RECUPERACION RAMO 33	
CAPITAL TOTAL F.M.S. Y RAMO-33	

PROYECTOS AGROPECUARIOS:

PROYECTOS	INVERSIÓN		
	INICIAL	ACTUAL	UTILIDAD
HORTALIZAS:			
FRÍJOL:			
MAÍZ			
POLLOS DE ENGORDA			
POLLAS PONEDORAS			
LECHONES O CENDOS DE ENGORDA			
ENGORDA Y REPRODUCCIÓN DE GANADO BOVINO			
OTROS:			
INVERSIÓN TOTAL:			

PROYECTOS COMERCIALES:

PROYECTOS	INVERSIÓN		
	INICIAL	ACTUAL	UTILIDAD
PUNTO DE ARASTO			
MICRO FARMACIA			
MATANZA DE ANIMALES			
VENTA DE COMIDA			
VENTA DE UTENSILIOS DE PLÁSTICO			
VENTA DE ROPA Y ZAPATOS			
VENTA DE PERFUMES			
RIFAS			
OTROS:			

RÉCIBO

CLAVE PRESUPUESTAL:

CIENNO POR: \$

RECIBI DEL DIF-TABASCO, LA CANTIDAD DE: \$ _____ POR CONCERTO DE ABORTACIÓN ECONOMICA DIRECTA (PESO A PESO) AL FONDO DE MUTUO SOCORRO, CONSTITUIDO CON RECURSOS QUE PROVIENEN DEL AHORRO DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES Y DE LAS INSTITUCIONES DE DESARROLLO RURAL PRESTANTES DE SERVICIOS A TRAVÉS DE SUS DIFERENTES PROGRAMAS, PARA LOS FINES SE ESTABLECEN EN EL CONVENIO No. _____ DE _____ DEL MUNICIPIO _____

VILLAHERMOSA, TABASCO DE DEL

RECIBI

TESTIGOS

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

Instructivo del llenado del convenio de fondo de mutuo socorro

- 1.- Nombre de la localidad
- 2.- Nombre del municipio
- 3.- Nombre del Coordinador general del DIF
- 4.- Nombres de la comisión responsable del Fondo de Mutuo Socorro
- 5.- No. De oficio de autorización de recursos
- 6.- Número del proyecto autorizado
- 7.- Año
- 8.- Cantidad con letra y números
- 9.- Firmas de las autoridades institucionales y de los beneficiados
- 10.- Localidad y municipio
- 11.- Nombre y firma de los integrantes del grupo de fondo de mutuo socorro

2.2.- Que cuenta con una estructura propia siendo una organización ciudadana, sin registro formal y reconocida por las autoridades de su localidad.

2.3.- Que existe un grupo y/o grupos de mujeres y hombres integrantes de esta que cuentan con recursos que provienen del ahorro de cada uno de ellos y de las instituciones de Desarrollo Rural oferente de servicios a través de sus diferentes programas.

2.4.- Que en asamblea comunitaria se decidió formar al interior de esta junta, un fondo de mutuo socorro para fortalecer la capitalización de los grupos que la conforman.

CLÁUSULAS

Objeto: - El DIF-TABASCO para propiciar una mayor capitalización de los Fondos de Mutuo Socorro aporta la cantidad de Cantidad idéntica al saldo que reporta el fondo, haciendo un total de \$
 Estos recursos integrarán el fondo fijo inicial con el cual trabajará el Fondo de Mutuo Socorro

Segunda Vigencia: Ambas partes convienen que la vigencia del presente convenio, inicia a partir de la fecha de su firma y entrega de la aportación económica del DIF-TABASCO a la Junta Directiva a través de los Fondos de Mutuo Socorro y concluya después de tres años en la etapa de consolidación apegados a los lineamientos del programa.

Tercera Obligaciones.- LA JUNTA DIRECTIVA a través de los Fondos de Mutuo Socorro se compromete a:

- Que el Fondo fijo inicial será un recurso no distribuible entre los socios, ya que constituye el capital de trabajo cuya existencia permitirá trabajar año con año en diversas acciones de financiamiento.
- Destinar del fondo fijo inicial un máximo del 70% de los recursos para la generación de proyectos productivos y un 30% para actividades comerciales, cuyos excedentes sean canalizados al mercado; que permitan desarrollar la unidad productiva de autoconsumo de las familias, en forma eficiente y autogestiva.
- Que aquellos recursos que se generen al final del ejercicio de préstamos autorizados por el fondo, sean utilizados para ampliar el fondo fijo inicial y/o para ser distribuido entre los socios.
- Trabajar conforme a lo establecido en el reglamento interno de dichos Fondos (Guía de operación).

Cuarta.- El DIF-TABASCO y LA JUNTA DIRECTIVA acuerdan que el DIF-TABASCO queda facultado para interpretar las normas que rijan los Fondos de Mutuo Socorro y podrá expedir las disposiciones complementarias que se requieran para su aplicación.

Quinta.- Queda expresamente establecido que los integrantes del F.M.S., que deserten del grupo únicamente podrán retirar su ahorro y utilidades generadas, respetando la aportación del DIF-TABASCO; la cual quedara con los que continúen en el proceso de trabajo y/o reestructurando un nuevo grupo y en caso de desintegración total del grupo los recursos aportados por el DIF-TABASCO, serán canalizados a obra social en beneficio de la misma localidad.

Sexta.- Las partes convienen que no existe dolo, error, mala fe, lesión o cualquier otro vicio del consentimiento que lo pueda invalidar.

Leído y enteradas las partes del contenido y fuerza del presente documento, se firma al calce y margen para su validez el día del mes de del año, en la Cd. de Villahermosa, Estado de Tabasco.

DIRECTOR GENERAL DEL DIF-TABASCO

DIRECTOR DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD

COORDINADOR DE BRIGADA

POR LA JUNTA DIRECTIVA

REPRESENTANTE DE LA COMISION RESPONSABLE DEL FONDO DE MUTUO SOCORRO

INTEGRANTE DE LA COMISION RESPONSABLE DEL FONDO DE MUTUO SOCORRO

INTEGRANTE DE LA COMISION RESPONSABLE DEL FONDO DE MUTUO SOCORRO

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

Convenio Fondo de Mutuo Socorro

CONVENIO

ACUERDO DE APORTACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA CREACIÓN DE FONDOS DE MUTUO SOCORRO, EN UN GRUPO DE FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE [1]; INTEGRANTES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTA LOCALIDAD, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL PROGRAMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA REPRESENTADO POR EL COORDINADOR GENERAL [2] (del DIF Tabasco) A QUIEN SE LE DENOMINARA DIF-TABASCO Y POR LA OTRA PARTE [3] REPRESENTANTE DE LA COMISION RESPONSABLE DEL FONDO DE MUTUO SOCORRO, [4] INTEGRANTE DE LA COMISION RESPONSABLE DEL FONDO DE MUTUO SOCORRO, A QUIENES SE LES DENOMINARA JUNTA DIRECTIVA, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

I.- DECLARA EL DIF-TABASCO

1.1.- Mediante el oficio [5] a Secretaría de Finanzas autorizó recursos en el Proyecto [6] Aportación de Recursos Económicos a Agrupaciones de comunidades Marginadas que cuentan con fondos de Ahorro, generados por aportaciones semanales y/o por Proyectos Productivos.

1.2.- Que recibió solicitud de apoyo por parte de los integrantes de la Junta Directiva para la creación de un Fondo de Mutuo Socorro, que tiene como objetivo la creación de un modelo sustentable de asistencia social, familiar y comunitaria que coadyuve a que los integrantes, sus familias y sus comunidades resuelvan necesidades básicas en materia de educación, salud, alimentación, fortalecimiento a la economía familiar, mejoramiento de la vivienda y la comunidad; mediante la capitalización, la formación de grupos organizados, la detección de grupos vulnerables para su atención, así como, desarrollar la unidad productiva de autoconsumo de las familias en forma eficiente y autogestiva.

1.3 Que actualmente al interior de las Juntas Directivas existen condiciones para iniciar un proceso de organización económica y productiva que avance en la dirección de sustentabilidad social y económica para que en un mediano plazo, mediante la convivencia social en equilibrio con una visión de género, aseguramiento alimentario, manejo y conservación del medio ambiente y crecimiento económico sostenible mejore las condiciones de vida de las familias participantes.

1.4. Que el programa de Fondos de Mutuo Socorro (FMS) surge como alternativa de ahorro y crédito para la población con escasa posibilidad de acceso a los sistemas formales de financiamiento para la solución de pequeñas necesidades básicas inmediatas, en materia de educación, salud, alimentación, fortalecimiento a la economía familiar, mejoramiento de la vivienda y la comunidad, entre otras.

II.- DECLARA LA JUNTA DIRECTIVA

2.1.- Que es una organización conformada desde el [7], que viene trabajando con el DIF-TABASCO a través del Proyecto Comunitario, en los ámbitos de educación, salud, alimentación, fortalecimiento a la economía familiar, mejoramiento de la vivienda y la comunidad, que durante este año tiene el interés de continuar trabajando con esta institución manteniendo el compromiso de dar un uso eficiente a los apoyos que puedan derivar de esta coordinación.

10

INTEGRANTES DEL FONDO DE MUTUO SOCORRO
MUNICIPIO DE _____ TABASCO. LOCALIDAD _____ DEL

Nº	NOMBRE	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

Instructivo del llenado del acta constitutiva del grupo de fondo de mutuo socorro

- 1.- Hora del inicio de la reunión
- 2.- Día de la reunión
- 3.- Mes que se efectuó la reunión
- 4.- Nombre del lugar donde se realiza la reunión
- 5.- Nombre de la localidad donde se realiza la reunión
- 6.- Nombre del municipio
- 7.- Nombre del representante del DIF TABASCO
- 8.- Nombre de la autoridad de la localidad
- 9.- cantidad de asistentes
- 10.- Nombre del representante del grupo
- 11.- Nombre, edad, sexo y firma de los integrantes del grupo de fondo de mutuo socorro
- 12.- Nombre y firma del representante del grupo, representante del DIF TABASCO y autoridad local.

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad
Acta Constitutiva del Grupo de Beneficiarios




1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SIENDO LAS _____ HORAS DEL _____ DEL 2012. SE REUNIERON EN _____ DEL MUNICIPIO DE _____ TABASCO, EL REPRESENTANTE DEL DIF TABASCO _____ Y LA AUTORIDAD LOCAL EL C. _____ ASÍ COMO LA TOTALIDAD DE LOS INTEGRANTES A BENEFICIAR, CON LA FINALIDAD DE CONSTITUIR EL GRUPO DE BENEFICIARIOS, EL CUAL SE ENCARGARA DE MANEJAR Y VIGILAR EL DESTINO DE LOS RECURSOS, ASÍ COMO DE EVALUAR LOS PROYECTOS A DESARROLLARSE EN LA COMUNIDAD CON LOS RECURSOS DEL FONDO, EN COORDINACIÓN CON LA INSTITUCIÓN BAJO EL SIGUIENTE:

ORDEN DEL DÍA

1. PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES.
2. LISTA DE ASISTENCIA.
3. APOYURA DE LA ASAMBLEA.
4. EXPLICACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS NORMATIVOS DEL PROGRAMA DE FONDOS DE MUTUO SOCORRO.
5. ELECCIÓN DEL REPRESENTANTE DEL GRUPO.
6. ACUERDOS.
7. LECTURA Y FIRMA DE ACTA.
8. CLAUSURA DE LA ASAMBLEA.

UNA VEZ AGOTADO EL PRIMER PUNTO SE PROCEDIÓ A LA VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM LEGAL CONSTÁNDOSE LA PRESENCIA DE _____ MUJERES Y _____ HOMBRAS SUMANDO UN TOTAL DE _____ INTEGRANTES, POR LO QUE SE DIO APERTURA A LA ASAMBLEA; EL REPRESENTANTE DEL DIF TABASCO EXPLICÓ AMPLIAMENTE LOS OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE FONDOS DE MUTUO SOCORRO. SE INDICÓ TAMBIÉN QUE LOS BENEFICIARIOS DEBERÁN TRAMITAR CON LA ORDENANCIA DE ELECTOR Y LA CLUP. EN CASO DE NO CONTAR CON ESTAS IDEAS DEBERÁN TRAMITAR UNA CARTA DE RESIDENCIA ANTE LA AUTORIDAD MUNICIPAL CORRESPONDIENTE SIGUIENDO CON LA ORDEN DEL DÍA SE EXPLICÓ LAS FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ HACIÉNDOSE ÉNFASIS EN LAS FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES DEL MANEJO DEL RECURSO; LOS CUALES VIGILARÁN Y CONTROLARÁN EL USO Y DESTINO DE LOS RECURSOS, SE PROCEDIÓ CON EL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DEL GRUPO C. _____ SEGUINDO DE LOS DEMÁS INTEGRANTES DEL GRUPO QUEDANDO DE LA SIGUIENTE MANERA:

11

Nº	NOMBRE	EDAD	SEXO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

12

REPRESENTANTE DEL GRUPO
NOMBRE Y FIRMA

POR EL DIF TABASCO

AUTORIDAD LOCAL

Dentro de las funciones a seguir se encuentran las siguientes:

A) Activar el plan de apoyo a los Sistemas Municipales DIF, ubicados en zonas de desastre, en todas aquellas actividades contempladas en el marco de la asistencia social, como es: la asistencia alimentaria, destinando recursos humanos en los casos en que se haga necesario, a través del Comité Estatal de Atención a Población en Condiciones de Emergencia; del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco, la contribución en la coordinación, recolección de insumos y donativos para los centros de acopio con el Sistema Estatal de Protección Civil, la colaboración en la administración de refugios temporales, así como la asistencia emocional a las personas en crisis a través de primeros auxilios psicológicos.

B) La instrumentación de un sistema de control y evaluación, a efecto de vigilar que las disposiciones dictadas por el Comité Estatal de Atención a Población en Condiciones de Emergencia, promuevan la organización de las brigadas de emergencia comunitaria en las poblaciones de riesgo en coordinación con el Programa de Desarrollo Comunitario, Protección Civil Estatal y Municipal y la creación de cocinas comunitarias para los refugios temporales que se instalen.

C) Brindar capacitación y asesoría a los Sistemas Municipales DIF en materia de emergencias para que formalicen sus Subcomités DIF de Atención a Población en Condiciones de Emergencia, promuevan la organización de las brigadas de emergencia comunitaria en las poblaciones de riesgo en coordinación con el Programa de Desarrollo Comunitario, Protección Civil Estatal y Municipal y la creación de cocinas comunitarias para los refugios temporales que se instalen.

D) Fomentar y consolidar en los Sistemas Municipales DIF y en los sujetos de asistencia social, la cultura de la prevención, para generar conductas de auto cuidado y auto preparación para los desastres, como medio de protección civil, mediante la prestación de servicios de información y atención así como la profesionalización del personal operativo para tal efecto.

E) Establecer, mantener y fortalecer los contactos con instituciones de carácter gubernamental, académico, organismo nacionales e internacionales involucrados en materia de protección civil y/o prevención de desastres, a fin de llevar a cabo intercambio y actualización de conocimientos y experiencias de carácter científico operacional y administrativo.

F) Permanecer en coordinación con el Sistema Estatal de Protección Civil y participar en el Consejo Estatal de Protección Civil en caso de emergencia como corresponsable colaborando con las acciones que al Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tabasco competen.

G) Promover y concertar acciones de capacitación, difusión de medidas y procedimientos inherentes a la prevención y a la protección civil, además del diseño, elaboración de manuales y procedimientos para reducir riesgos asociados a cada tipo de agente destructivo que afecte al estado.

H) Suscripción de convenios de colaboración y coordinación Interinstitucional de la protección civil, a través del Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco.

I) Desarrollo, aplicación y difusión de guías metodológicas destinadas a la estructuración, equipamiento y puesta en marcha de los Subcomités DIF de Atención a Población en Condiciones de Emergencia en los Sistemas DIF Municipales, los cuales desarrollan su programa de trabajo y sus planes de emergencia basados en los atlas municipales de protección civil y/o la unidad estatal de protección civil y en el diagnóstico de vulnerabilidad y riesgo de las comunidades a las que atienden.

J) Dictar medidas urgentes en apoyo a Sistemas Municipales ubicadas en zonas geográficas afectadas por un desastre o en situaciones de emergencia.

K) Actuar como coadyuvante y aliado estratégico con las autoridades responsables de brindar atención a la población en situaciones de emergencia o desastre.

Para formalizar la constitución del Comité Estatal de atención a Población en Condiciones de Emergencia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco, la C. Mtra Martha Lilia López Aguilera, Presidenta del Patronato del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco, tuvo a bien tomar la protesta a los integrantes del Comité, quienes protestaron cumplir fielmente con el cargo que se les confiere.

Visto lo anterior, queda formalmente instalado, con las autoridades y las funciones señaladas las cuales son enunciativas y no limitativas, el COMITÉ ESTATAL DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE TABASCO, por lo que no habiendo otro asunto que tratar, se da por terminada la presente reunión, siendo las del día; firmando de conformidad los que en ella intervinieron.

POR EL COMITÉ ESTATAL DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE TABASCO.

?

PRESIDENTA

SECRETARÍA EJECUTIVA

VOCAL EJECUTIVO

SECRETARIO TÉCNICO

COORDINACIÓN GENERAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE BALANCÁN

?

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTOR GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE CÁRDENAS

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE CENTLA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE CENTRO

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE COMALCALCO

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTOR GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

?

POR EL DIF MUNICIPAL DE CUNDUACÁN

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE EMILIANO ZAPATA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTOR GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE HUIMANGUILLO

PRESIDENTA DEL PATRONATO

COORDINADORA DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE JALAPA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

COORDINADORA DEL DIF MUNICIPAL

?

POR EL DIF MUNICIPAL DE JALPA DE MENDEZ

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTOR GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE JONUTA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTOR GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE MACUSPANA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE NACAJUCA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

?

POR EL DIF MUNICIPAL DE PARAÍSO

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE TACOTALPA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE TEAPA

PRESIDENTA DEL PATRONATO

COORDINADORA DEL DIF MUNICIPAL

POR EL DIF MUNICIPAL DE TEMOSIQUE

PRESIDENTA DEL PATRONATO

DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL

TESTIGOS DE HONOR

SECRETARIO DE SEGURIDAD PÚBLICA

SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO

COORDINADOR DE PROTECCIÓN CIVIL DEL ESTADO

Instructivo del llenado de las acta de integración del comité APCE

- 1.- Hora del inicio de la reunión
- 2.- Día de la reunión
- 3.- Mes que se efectuó la reunión
- 4.- Nombre del lugar donde se realiza la reunión
- 5.- Nombre de la localidad donde se realiza la reunión
- 6.- Nombre del municipio
- 7.- Nombre del representante del DIF TABASCO
- 8.- Nombre de la autoridad de la localidad
- 9.- Cantidad de asistentes
- 10.- Firma de validación por autoridades del DIF TABASCO
- 11.- Nombres y firmas de los integrantes del comité estatal de atención a población en condiciones de emergencia.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD ACTA DE INTEGRACIÓN COMITÉ COMUNITARIO APCE

Siendo las 1 horas del día 2 del 3 año 4 Reunidos 5 en el 6 que ocupa 7 de 8 localidad de 9 del municipio de 10 Tabasco.

Se encuentra 1 reunión comunitaria el Promotor Capacitador del DIF-TABASCO C. 2 autoridad de la localidad, C. 3 y los habitantes de la comunidad; para llevar a cabo la integración del Comité Comunitario APCE el cual será el órgano que promueva la participación y priorice la toma de decisiones de manera democrática.

Después de haber explicado que esta Organización pretende en su conjunto, contribuir en la solución de la problemática planteada en casos de emergencias en el proyecto 1 y que para el manejo de los recursos debe existir honestidad, justicia, honradez, se procedió a nombrarla, la cual queda integrada en la siguiente manera: hombres 2 mujeres 3 total 4

Lic. Chibdia María Velásquez Porta

Directora de Desarrollo Integral de la Comunidad

Lic. Juan Miguel Aguirre Oramas Jefe de la Unidad de Salud

Asesor Capacitador

11
Presidenta

Nombre Sexo

Coordinación de Salud

Coordinación de Asesoría

Nombre Sexo

Nombre Sexo

Coordinación de Vinculación

Coordinación de Logística

Nombre Sexo

Nombre Sexo

No habiendo otro asunto que tratar y estando todos de común acuerdo, se cierra la presente acta y firman los que en ella intervinieron.

Dirección de Desarrollo Integral de la Comunidad

Instructivo del llenado de la solicitud de apoyo de fondo mutuo socorro

- 1.- Fecha de la solicitud
- 2.- Nombre de la localidad
- 3.- Nombre del municipio
- 4.- Día y mes de la constitución del grupo solicitante
- 5.- Cantidad ahorrada y depositada
- 6.- Nombre del banco
- 7.- Nombre del municipio de la localización del banco
- 8.- Número de cuenta mancomunada
- 9.- Nombre de los cuentahabientes
- 10.- Nombre y firma de los cuentahabientes y del delegado de la comunidad

1
FECHA:
ASUNTO: SOLICITUD DE APOYO

SRA. MARTHA LILIA LOPEZ AGUILERA
PRESIDENTA DEL CONSEJO CIUDADANO
CONSULTIVO DEL SISTEMA DIF-TABASCO.
PRESENTE.

1 Los que suscribimos la presente solicitud miembros del Grupo Organizado de la localidad de 2 del municipio de 3 nos dirigimos a la dependencia que usted dignamente representa para solicitar su valioso apoyo, en capitalizar y ampliar los recursos económicos de nuestro grupo de trabajo y poder crear un Fondo de Mutuo Socorro, ya que servirá para préstamos personales, desarrollar proyectos y actividades comerciales en beneficio de la familia.

También hacemos mención que es nuestro deber informarle que somos un grupo, el cual no recibe financiamiento de otra institución ni pertenecemos a otro "Fondo de Ahorro" y que estamos constituido desde el 4 de 5 12, y venimos trabajando en la capacitación del DIF-TABASCO 6

Ya que contamos con un fondo ahorro de \$ 7 depositado en el 8 del municipio de 9 con número de cuenta 10 mancomunada a nombre del 11 (la) C. 12 y 13

No dudando de su valioso apoyo nos despedimos de ustedes anticipándole las gracias.

ATENTAMENTE

14
Delegado Municipal

C. 15 C. 16
C. 17

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ENCUESTA A NIÑOS DE 4TO Y 5TO GRADO DE PRIMARIA DSA

- 1.- Anotar el municipio al que corresponde
- 2.- La localidad que se verifica
- 3.- Nombre del establecimiento (primaria)
- 4.- Tipo de localidad (rural o urbana)
- 5.- Tipo de establecimiento (conafe, federal y estatal)
- 6.- Identificar el turno al que corresponda matutino o vespertino con una (x)
- 7.- Nombre completo del niño que se esta entrevistando
- 8.- Edad del niño entrevistado
- 9.- Colocar el sexo hombre o mujer
- 10.- Grado en que se encuentra el niño 4to, 5to o 6to
- 11.- Corresponde al asignado en el formato oficial de beneficiados del programa desayunos escolares
- 12.- Colocar un numero la fecha en orden de día, mes y año
- 13.- Identificar de las 4 opciones el proceso que se realiza en la cocina verificada en cuanto al consumo de la leche
- 14.- Anotar el menú que se haya preparado en la semana actual, en caso de ser jueves o viernes, en caso de hacer la verificación en lunas, martes y miércoles se anotara los días anteriores a la semana pasada complementando la semana del recuadro
- 15.- Se identificara la operatividad en el proceso de servicio de los desayunos en la cocina verificada
- 16.- Nos permite conocer la aceptación de los productos que integran el paquete básico del programa desayunos escolares
- 17.- De igual forma si existiera algún producto que no le gustara al entrevistado
- 18.- Identificar cuantos días al mes se sirven los desayunos en esa cocina verificada
- 19.- Esta preguntar nos permite reafirmar que las mamás participantes llegan a elaborar el desayuno escolar, como lo marcan los lineamientos del mismo o si existe otro proceso interno
- 20.- Si la respuesta es (si) se pregunta el motivo por el que le gusta el programa, si la respuesta es (no) de igual forma cuales son los motivos para no gustarle el programa desayunos escolares
- 21.- Esta pregunta nos ayuda a reafirmar los temas de higiene general impartidas a las mamás beneficiadas, se realiza este proceso para prevenir enfermedades en los niños, de igual manera si cuenta con los medios para realizarlo o en que condiciones se realiza
- 22.- Conocemos desde que tiempo el entrevistado tiene seguimiento de ayuda alimentaria en su proceso de crecimiento desde preescolar (jardín de niños) y escolar (primaria)
- 23.- Encontrarse algo diferente a la estrategia y lineamientos del programa que el entrevistado mencione, se anotara para su seguimiento a través del coordinador y promotor al que corresponda
- 24.- Se anotara el nombre y apellido de la persona que realiza la entrevista como respaldo del proceso que realizo el verificador

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ALIMENTARIOS
Encuesta a niños de 4to y 5to grado de primaria

Municipio (1) _____ Fecha (2) _____
Localidad (3) _____ Turno (4) _____
1. Beneficiado (5) _____ 2. Verificado (6) _____
Nombre del niño (7) _____ Edad (8) _____
Sexo (9) _____ Grado (10) _____

11. ¿HA LLEGA LA LECTURA OMBENEFICIARIOS (11) _____
12. ¿A QUE HORA COMIENZA LA LECTURA (12) _____
13. ¿EN LA SEMANA QUE DESAYUNAS? (13) _____
14. ¿EN QUE MOMENTO SE SIRVEN LOS DESAYUNOS ESCOLARES (14) _____
15. ¿TE HAN ENSEÑADO QUE DEBES LAMPAR LAS MANOS ANTES DE COMER? (15) _____
16. ¿TIEMPO QUE TIENES DE ESTAR BENEFICIADO CON EL PROGRAMA? (16) _____

17. ¿TODOS LOS DIAS LLEGA A OBSERVAR LA COCINA Y DE (17) _____
18. ¿LE GUSTARÍA QUE CONTINUARA EL DESAYUNO ESCOLAR (18) _____
19. ¿TE HAN ENSEÑADO QUE DEBES LAMPAR LAS MANOS ANTES DE COMER? (19) _____
20. ¿TIEMPO QUE TIENES DE ESTAR BENEFICIADO CON EL PROGRAMA? (20) _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES (ENCUESTA DE SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES) DSA

- 1.- Nombre de municipio al que se va a verificar
- 2.- Nombre completo de la localidad que se verifique

- 3.- Identificar si trabajan con un solo equipo de cocina y un solo comité en los establecimientos (primarias y jardín de niños)
- 4.- Anotar según el establecimiento verificado
- 5.- anotar día, mes y años con número y diagonal correspondiente al día en que se realizo la verificación
- 6.- Anotar la hora de llegada a la cocina en el establecimiento verificado
- 7.- El nombre del promotor permite conocer su frecuencia al establecimiento
- 8.- Esta frecuencia se reafirmara en las opciones de las respuestas de la siguiente pregunta.
- 9.- La fecha aproximada de su última visita, nos permite conocer desde cuando no tiene asesoría
- 10.- Que llevo a realizar
- 11.- La responsabilidad y puntualidad para llevar a cabo las actividades que deja programada
- 12.- Conocer la operatividad del programa en cuanto a lo establecido de 20 días hábiles por mes y la utilización de los productos que integran el paquete básico
- 13.- El número de día de la verificación de niños que desayunaron, se compara con el número de beneficiados y los motivos para los cuales no desayunaron todos.
- 14.- Conocer si menú del día y constatar la utilización y aceptación del programa
- 15.- Los desayunos se preparan en base a una guía de menú que se distribuye con recetas con valor nutricional.
- 16.- El numero con que utilizan las recetas y eso nos permite comparar si realizan alimentos diferentes que no están recomendados para la alimentación de los niños
- 17.- Las preguntas 1.9, 2.0 y 2.1 nos permiten comprar las desviaciones que existieron en la operatividad del consumo de la leche diariamente
- 18.- la participación de las madres beneficiadas, se reafirma al ser la respuesta (si) y es sano para que el programa opere en beneficio de todos los niños, de ser la respuesta (no) nos da otra versión de malos manejos por diversos factores que se generan al trabajar solo el comité con unas personas que se les paga como cocinera ajena al programa.
- 19.- las generalidades de la cocina y desayunados se ven reflejadas en las diversas preguntas donde la 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 y 2.8; Donde estos aspecto que se encuentran en diversas condiciones reflejan higiene y salud en la aplicación de prevención de enfermedades en los niños que son beneficiados en el programa desayunos escolares
- 20.- la pregunta 2.9, nos permite constatar si usan mandiles como lo indica la reglas de higiene.
- 21.- Cada establecimiento (primaria ó jardín escolar) deberán contar con un expediente comunitario integrado por los Incisos que contiene la pregunta 3.0, en la encuesta se procede a su revisión, de contar con solo una parte, en el resultado del análisis final se hace la observación de integrarlo como parte del trabajo del promotor.
- 22.- Los carteles educativos son parte de la función del promotor, como parte de su trabajo y se realiza a través de la observación en la cocina verificada en caso contrario; de estar abierto el establecimiento se pregunta a la entrevistada: en visita domiciliar y se le muestra los carteles para su identificación de cada uno de mencionados en la pregunta 3.1 y apartados del inciso (a) al (j).
- 23.- En el apartado de taller de capacitaciones se reafirma al conocimiento de cada tema a su vez se observa la aplicación de todas las indicaciones bajadas a través de estos temas que se reúnan con las demostraciones y aplicación de acciones para la prevenir la salud en los niños beneficiarios y comprende de las pregunta (3.2), (3.3), (3.4), (3.5) y (3.6).
- 24.- El apartado de fichas de informática y estadística, se verifican las actualizaciones que realiza cada coordinador en sus respectivos municipios del corte del 19 de cada mes. De encontrarse alguna ficha que no coincida se envía el departamento que corresponde para su seguimiento y correcciones y de igual forma se indica en las observaciones de resultados de las verificaciones al coordinador. (3.7), (3.8), (4.0), (4.1).
- 25.- La ficha de orientación agropecuaria, se realiza en caso de tener un huerto escolar y de contar con el espacio se procede a constatar el huerto. En caso de no tener pero tienen el interés y el espacio se pasa una ficha informativa al área correspondiente. Contempla de la pregunta (4.2), (4.3), (4.4), (4.5), (4.6), (4.7), (4.8), (4.9) y (5.0).
- 26.- En cuanto a la fichas de abasto todo este apartado nos permite constatar la calidad de entrega y productos almacenamiento total de beneficiarios a través de las actas de entrega comunitario que se queda en cada establecimiento. Y se complementa todo el proceso de la pregunta. (5.1), (5.2), (5.3) y (5.4).
- 27.- Las preguntas (5.5) y (5.6), permite que en función de las reglas de operación no se estén cobrando cuotas para la leche que es totalmente gratuita. Y conocer las cuotas que aportan cada padre de familia para el complemento de los desayunos escolares y controles de corte de caja para conocer sus salidas. Para concluir la aplicación de la encuesta se leen a las o la entrevistada los siguientes apartados para no dejar duda del fin de la verificación y evitar situaciones de malos entendidos que después perjudique al promotor comunitario en el proceso operativo. Se requiere con las firmas de director del plantel en caso de no estar del delegado, Firma la persona entrevistada en el orden que aparece cabe hacer mención que se aplica a la presidenta y tesoreras que son las personas que tienen la mayor información de como opera el programa, y en caso de estar algunas otras integrantes del comité se solicita su firma como requisito y respaldo de la información que proporciona la entrevistada. Firma el entrevistador como responsable de la aplicación de la encuesta.
- 28.- Esta hoja funciona de apoyo en caso de que en cualquier apartado se encuentren casos específicos que requieran más espacio de lo contemplado para sus respuestas y para hacer más amplia y clara la información.

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES

MUNICIPIO: (1) LOCALIDAD: (2)
 FUSIONADOS: (3) SI () NO ()
 ESTABLECIMIENTOS (4)
 JARDIN: _____
 PRIMARIA: _____
 FECHA: (5) HORA: (6)
 NOMBRE DEL PROMOTOR: (7)
 ESTATAL: _____

OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES

1.0.- ¿CON QUE FRECUENCIA LES VISITA EL PROMOTOR? (8)
 A) C/8 DIAS B) C/15 DIAS C) C/30 DIAS D) C/2 MESES
 1.1.- ¿FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA? (9)
 1.2.- ¿QUE ACTIVIDAD REALIZO? (10)
 1.3.- ¿CUÁNDO PROGRAMAN PLATICAS EDUCATIVAS, DEMOSTRACIONES O REUNIONES DE TRABAJO LLEGAN A LA HORA INDICADA? (11)
 A) SI B) NO
 ¿POR QUE?
 1.4.- ¿LOS DESAYUNOS SE ELABORAN DIARIAMENTE Y SON VARIADOS? (12)
 DIARIO: A) SI B) NO
 VARIADOS: A) SI B) NO
 ¿POR QUE?
 1.5.- ¿CUANTOS NIÑOS DESAYUNARON HOY? (13)
 1.6.- ¿CUAL FUE EL MENU DE HOY? (14)

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

1.7.- ¿CUENTAN CON GUIA DE MENU? (15)
 A) SI B) NO
 1.8.- ¿CUANTAS VECES A LA SEMANA LA UTILIZAN? (16)
 1.9.- ¿CONSUMEN LECHE LOS NIÑOS EN EL DESAYUNO? (17)
 A) SI B) NO
 A) DIARIO ANTES DE ENTRAR A CLASES B) EN EL DESAYUNO C) NO LA CONSUMEN
 2.0.- ¿SE TERMINA EN EL ESTABLECIMIENTO?
 A) SI B) NO
 ¿POR QUE?
 2.1.- ¿COMO INTEGRANTE DEL COMITÉ QUE IMPORTANCIA TIENE PARA USTED EL CONSUMO DE LA LECHE A LOS NIÑOS BENEFICIADOS?
 2.2.- ¿ASISTEN LAS MAMAS BENEFICIADAS A PREPARAR EL DESAYUNO EL DIA QUE LES CORRESPONDE?
 A) SI (18) B) NO
 ¿POR QUE?
 2.3.- ASPECTOS FISICOS DE LA COCINA Y DESAYUNADOR. (19)
 A) PROPIO B) ADAPTADO C) DOMICILIARIO
 DESAYUNADOR: B) DENTRO DE LAS AULAS C) DENTRO DE LA COCINA
 REQUERIMIENTOS: PINTURA, CABLEADO, VENTILADORES, VENTANAS, CRISTALES, LAMINAS, MIBAS, BANCAS, LAVADOS DE MANO Y AGUA POTABLE. (19)

2.4.- ¿CONDICIONES DE HIGIENE DE LA COCINA? (19)
 BUENA () REGULAR () MALA ()

2.5.- ¿REALIZAN LIMPIEZA ANTES DE INICIAR CON LA PREPARACION DE LOS DESAYUNOS? (19)

2.6.- ¿CADA CUANTO REALIZAN LIMPIEZA GENERAL Y QUE PRODUCTOS UTILIZAN? (19)

2.7.- ¿SE ENCUENTRA BASURA AL REDEDOR DE LA COCINA? (19)
 A) SI B) NO

NOTA:

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

2.8.- ¿CUALES SON LAS CONDICIONES DEL EQUIPO DE COCINA CON EL QUE CUENTAN? (19)
 ESTUFA:
 DIF-TAB.: ()
 COMITÉ: ()
 PROPIOS: ()

CONDICIONES:

TRÁMITE DE SOLICITUDES: FECHA:
 REPARACIONES: FECHA:

TANQUE DE GAS:
 No. () UBICACION:

UTENSILIOS:
 TRAMITE DE SOLICITUDES: FECHA:
 FALTAN VASOS: PLATOS: CUCHARAS: OLLAS:
 OTROS:

MANDILES
 2.9.- ¿CUENTAN CON MANDILES? (20)
 A) SI B) NO
 DIF-TAB.: ()
 COMITÉ: ()
 PROPIOS: ()

3.0.- EL EXPEDIENTE COMUNITARIO CUENTA CON: (21)
 1).- ACTA DE ACEPTACION DEL PROGRAMA
 2).- ACTA DE ENTREGA DE UTENSILIOS O LISTA DE UTENSILIOS POR CAMBIOS O DONACION
 3).- ACTAS DE REUNIONES
 4).- SOLICITUDES COMUNITARIAS
 5).- INVENTARIO
 6).- ACTA DE ENTREGA COMUNITARIA INSUMOS
 A).- OTRAS:

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

3.1 CARTELES ALUSIVOS AL PROGRAMA ENCONTRADOS EN LA COCINA. (23)

- A).- PLATO DEL BIEN COMER
- B).- OBJETIVO DEL PROGRAMA
- C).- REGLAS DE HIGIENE
- D).- LINEAMIENTOS DE LA COCINA
- E).- FUNCIONES DEL COMITÉ
- F).- RELACION DE PADRES DE FAMILIA
- G).- RELACION DE NIÑOS BENEFICIADOS
- H).- INTEGRANTES DE COMITÉ Y AUTORIDADES
- I).- RECICLAJE
- J).- 14 MENSAJES BASICOS DE ALIMENTACION

TALLER DE CAPACITACION PARTICIPATIVA:

3.2- ¿HAN LLEVADO A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES? (23)

- A).- SI
- B).- NO

¿POR QUÉ? _____

- 1).- ALIMENTACION CORRECTA Y LEYES DE LA ALIMENTACION
- 2).- CORRECTO ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE INSUMOS EN LAS COCINAS
- 3).- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS
- 4).- PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR
- 5).- CONSERVACION DE LOS ALIMENTOS (CONGELADOS).
- 6).- IMPORTANCIA DE LA LECHE DE VACA.
- 7).- IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA.

¿EN QUE FECHA LAS REALIZARON? _____

3.3- ¿HAN REALIZADO DEMOSTRACIONES CULINARIAS? (23)

- (SI) CUANTAS _____
- A) GARBANZO CON VERDURAS
- B) POTAJE DE GARBANZO
- C) GARBANZO CON ARROZ INTEGRAL
- D) SOPA DE ARROZ INTEGRAL CON VERDURAS

NO) ¿PORQUE? _____

3.4- ¿QUE OPINION TIENE DE LOS NUEVOS PRODUCTOS? (23)

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

3.5- ¿RECUERDA ALGUNO DE LOS MENSAJES DE LOS QUE EL PROMOTOR MENCIONO EN LA CAPACITACION QUE LE HAYA PARECIDO IMPORTANTE? (23)

3.6- ¿QUE ACCIONES ESTAN IMPLEMENTANDO PARA PREVENIR LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS? (23)

FICHA DE INFORMATICA Y ESTADISTICA

3.7- ¿NOMBRE DEL DIRECTOR? (24)

COORDINA: _____

VERIFICACION: _____

TIEMPO EN EL CARGO: _____

3.8- ¿NOMBRES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ ? (24)

CARGO	COORDINA	VERIFICACION	TIEMPO A CARGO
PRESIDENTA			
SECRETARIA			
VER. VOCAL			
SOB. VOCAL			

3.9- ¿TOTAL DE NIÑOS INSCRITOS EN EL ESTABLECIMIENTO? (24)

J. N: () NIÑAS: _____ PRIM: () NIÑAS: _____
 NIÑOS: _____ NIÑOS: _____

4.0- ¿CUÁNTOS PARTICIPAN EN EL PROGRAMA? (24)

4.1- No. DE NIÑOS DE ACUERDO AL COORDINA DEL MES : (24)

J. N: () PRIM: ()

FICHA DE ORIENTACION AGROPECUARIA

4.2- ¿ACTUALMENTE TIENEN HUERTO? (25)

- A) SI
- B) NO

4.3- ¿QUE MEDIDAS TIENE? (25)

LARGO: _____ ANCHO: _____

4.4- ¿QUÉ TIENEN SEMBRADO? (25)

4.5- ¿EN QUÉ CONDICIONES ESTAN LAS PLANTAS? (25)

4.6- ¿HA REALIZADO EL PROMOTOR ALGUN TEMA SOBRE HUERTO Y CUÁNDO LA IMPARTIO? (25)

4.7- ¿HAN COSECHADO ALGUN PRODUCTO Y EN QUE LES HA BENEFICIADO? (25)

4.8- ¿SE LES HA ORIENTADO SOBRE LA PRODUCCIÓN DE SEMILLAS Y HAN GUARDADO PARA LA RESIEMBRA? (25)

4.9- ¿FUERON BENEFICIADOS CON EL PAQUETE DE HERRAMIENTAS PARA REALIZAR LAS TAREAS DEL HUERTO Y QUE CUOTA DE RECUPERACION APORTARON? (26)

SI () NO () COSTO: ()

5.0- ¿A QUIEN SE LE ENTREGO LA CUOTA DE RECUPERACION DEL PAQUETE DE HERRAMIENTAS? (25)

Systema para el Desarrollo Integral de la Familia
 DIF - Tabasco
 DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

FICHA DE ABASTO

5.1- ¿CADA CUÁNTO LES LLEGA EL INSUMO? (26)

A) MENSUAL _____ B) C/2 MESES _____ C) OTROS _____

5.2- ¿FECHA EN QUE RECIBIERON EL ÚLTIMO INSUMO? (26)

¿QUÉ MES CORRESPONDE? _____

¿NUMERO DE BENEFICIARIOS SEGÓN PAPELETA? _____ FOLIO _____

5.3- ¿DONDE SE ENCUENTRA ALMACENADA? (26)

¿CONDICIONES DE HIGIENE? _____

DESPENSA BASICA

ALACENA: _____

BOTES: _____

BOLSAS: _____

OTROS: _____

LECHE:

ALACENA: _____

CAJAS: _____

OTROS: _____

5.4- ¿VERIFICAN LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS DE LA DESPENSA? (27)

- A) SI
- B) NO

¿PORQUE? _____

FECHA DE CADUCIDAD

PRODUCTO	MARCA	FECHA DE CADUCIDAD	LOTE
LECHE			
ARROZ INTEGRAL			
PANDE DE SEMILLA			
ARROZ EN BOLSA			
ARROZ EN BOLSA			
PANDE INTEGRAL			
GARBANZO			
LECHE			
ARROZ EN BOLSA			

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
DIF - Tabasco
DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ACTA DE NO ACPETACION DEL PROGRAMA DSA

5.5.- ¿QUÉ HACEN CUANDO NO LLEGAN A TIEMPO LOS INSUMOS PARA EL DESAYUNO? (27)

A) SE SUSPENDE EL DESAYUNO B) NUNCA HA SUCEDIDO C) SE COOPERA P/ CONTINUAR

5.6.- ¿CUOTAS QUE APORTAN PARA LA REALIZACION DE LOS DESAYUNOS? (28)

ECHE: \$ _____ GAS: \$ _____ COMPLEMENTO DIARIO AL DESAYUNO: \$ _____

PARA PAGO DE LAS PERSONAS QUE COCINAN: \$ _____

HAGO CONSTAR QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA ENTREVISTA A TRAVES DE LA ENCUESTA SON VERIDICOS. PARA CUALQUIER ACLARACION CONTRARIA, ESTE DOCUMENTO ES UN SUSTENTO DE LO ANTES MENCIONADO.

DE IGUAL FORMA HAGO CONSTAR QUE EL ENTREVISTADOR NO SE COMPROMETE CON NINGUN APOYO NI TRAMITE A SEGUIR YA QUE SU FUNCION ES UNICAMENTE DE CONSTATAR LA OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA EN EL ESTABLECIMIENTO VISITADO.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR O (A) DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DE LA AUTORIDAD DE LA LOCALIDAD

COMITÉ

PRESIDENTA

TESORERA

SECRETARIA

VOCAL (1)

VOCAL (2)

BENEFICIARIA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
DIF - Tabasco
DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

OBSERVACIONES: (28)

Series of horizontal lines for recording observations.

- 1.- Se anota hora, fecha, mes y año de la reunión
2.- Se anota lugar de la reunión
3.- Se anota el nombre de la localidad y establecimiento
4.- Se anota nombre y firmas de las autoridades

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

ACTA DE NO ACEPTACION DEL PROGRAMA

SIENDO LAS (1) _____ HRS., DEL DÍA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____ REUNIDOS EN EL _____ (LA) _____ (2) _____ DEL O _____ (LA) _____

DEL MUNICIPIO DE _____ SE EFECTUO REUNION CON EL DIRECTOR (A) DEL PLANTEL ESCOLAR, PADRES DE FAMILIA Y AUTORIDAD LOCAL PARA EXPLICAR LA OPERACION DEL PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES, LOS ASISTENTES MANIFIESTAN NO ESTAR DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN EL PROGRAMA POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

Series of horizontal lines for recording reasons for non-acceptance.

(4)
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DIRECTOR (A) DEL PLANTEL ESCOLAR
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD LOCAL

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ACTA DE FORMACION DE COMITÉ DSA

- 1.- Se anota la hora, día, mes y año de la reunión
2.- Se anota el lugar de la reunión
3.- Se anota el nombre de la localidad y establecimiento
4.- Se anotan los nombres, firmas y sellos del comité y autoridades presentes

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ACTA DE REUNION DSA

ACTA DE FORMACION DE COMITÉ

SIENDO LAS (1) HRS. DEL DIA DEL MES DE DEL
AÑO REUNIDOS EN EL (LA)
(2) DE LA
LOCALIDAD (3) DEL MUNICIPIO DE
SE LLEVO A CABO PLATICA CON EL DIRECTOR (A), Y LOS
PADRES DE FAMILIA, SOBRE LA OPERACION DEL PROGRAMA DE DESAYUNOS
ESCOLARES; ESTANDO ELLOS DE ACUERDO EN PARTICIPAR PARA EL BENEFICIO DE
SUS HIJOS SE INTEGRÓ EL COMITÉ DE LA SIGUIENTE MANERA:

(4)

NOMBRE, FIRMA PRESIDENTE	NOMBRE, FIRMA SECRETARIO
NOMBRE, FIRMA TESORERO	NOMBRE, FIRMA VOCAL 1
NOMBRE, FIRMA VOCAL 2	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DIRECTOR (A) DEL PLANTEL ESCOLAR
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD LOCAL	NOMBRE, FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL DIF TIASCASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

INFORME DIARIO DE ACCIONES REALIZADAS EN COMUNIDAD DSA

- 1.- Se coloca el nombre del municipio
- 2.- Se coloca la fecha de la actividad
- 3.- Se coloca la fecha y hora
- 4.- Se describe la actividad que se realizó
- 5.- Se coloca el número de asistentes
- 6.- Se anota el tiempo que duro la actividad
- 7.- Se coloca el nombre, firma y sello de la autoridad (maestro de la escuela o delegado municipal)
- 8.- Se coloca el nombre del responsable
- 9.- Se coloca firma del responsable
- 10.- Se coloca el cargo del responsable

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

Vo.Bo.

INFORME DIARIO DE ACCIONES REALIZADAS EN COMUNIDAD

MUNICIPIO (1) FECHA (2)

FECHA (3)	(4)	(5)	(6)	(7)
FECHA (3)	(4)	(5)	(6)	(7)
FECHA (3)	(4)	(5)	(6)	(7)
FECHA (3)	(4)	(5)	(6)	(7)
FECHA (3)	(4)	(5)	(6)	(7)

(8) (9) (10)

NOMBRE	FIRMA	CARGO
--------	-------	-------

- 1.- Se anota el nombre del municipio
- 2.- Se anota el nombre de la localidad
- 3.- Se anota el nombre del establecimiento ya sea jardín de niños o escuela primaria
- 4.- Se anota la fecha de la reunión y lugar donde se vaya a llevar la actividad
- 5.- Se anota el nombre de las autoridades presentes
- 6.- Se coloca el número de padres participantes
- 7.- Se coloca los puntos a tratar en la reunión
- 8.- Se coloca los acuerdos tomados
- 9.- Se coloca los nombres y firmas de los que intervinieron en la reunión
- 10.- Se anota los participantes

DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

ACTA DE REUNION

MUNICIPIO: (1)
LOCALIDAD: (2)
ESCUELA: (3)

FECHA: (4)

SIENDO LAS HRS. DEL DIA DEL MES DEL AÑO SE
REUNIDOS EN SE
LLEVA A CABO REUNION CON LOS PADRES DE FAMILIA QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA
DE DESAYUNOS ESCOLARES, CONTANDO CON LA PRESENCIA DE LAS SIGUIENTES AUTORIDADES:
(5)

Y CON LA ASISTENCIA DE (6) PADRES DE FAMILIA PARTICIPANTES EN EL
PROGRAMA

ORDEN DEL DIA (7)

ACUERDOS (8)

SIN OTRO ASUNTO QUE TRATAR SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE, A LAS
HRS. DEL DIA, MES Y AÑO EN CURSO.

FIRMAN AL CALCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON: (9)

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA
AUTORIDAD LOCAL

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA
AUTORIDAD ESCOLAR

NOMBRE, FIRMA DE LA
PRESIDENTA DEL COMITÉ
FIRMA DE LOS PARTICIPANTES (10)

NOMBRE, FIRMA DEL
REPRESENTANTE DEL DIF TIASCASCO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ACTIVIDADES PROGRAMADAS DSA

- 1.- Se coloca el nombre del programa (desayunos escolares)
- 2.- Se coloca el nombre del municipio
- 3.- Se coloca la fecha, mes y semana que se programe la actividad
- 4.- Se coloca el día
- 5.- Se coloca la fecha
- 6.- Se coloca la hora de entrada
- 7.- Se coloca la hora de la salida
- 8.- Se desglosa la actividad que se va a realizar
- 9.- Nombre y cargo de la persona
- 10.- Firma de la persona

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE SERVICIOS ALIMENTARIOS

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PROGRAMA: (1) _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

SEMANA DEL: (3) _____ AL _____

UMA	FECHA	HORA ENTRADA	HORA DE SALIDA	ACTIVIDADES (4)
(4)	(5)	(6)	(7)	LOCALIDAD: ESCUELA:
				LOCALIDAD: ESCUELA:

(8) _____ (9) _____

NOMBRE Y CARGO _____ FIRMA _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

INFORME DE COMISION DESEMPEÑADA DSA

- 1.- Se anota el número de control de viáticos
- 2.- Se anota la fecha, día, mes y año al que corresponde
- 3.- Se anota el nombre de dependencia
- 4.- Se anota el nombre de la unidad al que pertenece
- 5.- Se anota el nombre de la persona comisionada (promotor)
- 6.- Se anota la categoría
- 7.- Se anota el período de la actividad
- 8.- Se anota el nombre del municipio donde están asignados
- 9.- Se anota el monto que se cubra por gastos de viáticos
- 10.- Se mencionan todas las actividades que se realizó
- 11.- Se anota el nombre de comprobación de viáticos
- 12.- Se anota nombre y firma de quien elaboro
- 13.- Se coloca nombre y firma de quien autoriza
- 14.- nombre, firma y sello de quien recibe el apoyo

INFORME DE COMISION DESEMPEÑADA (INDIVIDUAL)

Nombre de la Persona: (1) _____

FECHA (2) _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

DEPENDENCIA: (3) _____

UNIDAD ADMINISTRATIVA: (4) _____

NOMBRE DEL COMISIONADO: (5) _____

CATEGORIA: (6) _____

PERIODO DE LA COMISION: (7) _____

LUGAR: _____

IMPORTE DE VIATICO OTORGADO: (8) _____

INFORME DE LA COMISION (9)

DOCUMENTO DE COMPROBACION (10)

OFICIO DE COMISION (X) PROGRAMA DE TRABAJO () MINUTA DE TRABAJO ()

DIPLOMA O CONSTANCIA DE PARTICIPACION ()

ELABORO (12) _____ AUTORIZO (13) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO _____ DIRECTOR DE SERVICIOS ALIMENTARIOS DE MP TABASCO

CONFORME

REPROCESO DE LA ACTIVIDAD (14) _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ANÁLISIS DE VERIFICACION DSA

- 1.- Nombre completo al municipio que corresponde al resultado
- 2.- Fecha en que se verifica día, mes y año en número
- 3.- Nombre completo de la localidad identificando por rancharía, ejido o villa según corresponda
- 4.- Nombre completo del establecimiento (primario y Jardín de niños)
- 5.- Las observaciones son el resultado de las encuestas aplicadas a través de la entrevista y basadas en (FE) y las reglas de operación del programa desayunos escolares. El cumplimiento de todo el proceso operativo que ejecuta y capacita al promotor comunitario.
- 6.- Nombre completo del promotor asignado a la localidad verificada

Dirección de Servicios Alimentarios

PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES
Análisis de verificación DSA

MUNICIPIO: (1) _____
HMA: 1

FECHA: (2) _____

LOCALIDAD	ESTABLECIMIENTO	OBSERVACIONES OPERATIVAS
(3)	(4)	(5)

