



# GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México

REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Directora: Lic. Graciela González Hernández

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130  
Tomo CXCX A:202/3/001/02  
Número de ejemplares impresos: 400

Toluca de Lerdo, Méx., viernes 26 de abril de 2013  
No. 79

## SUMARIO:

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO.

- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ORIENTACION ALIMENTARIA.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ATENCION INTEGRAL AL ADOLESCENTE (AIA).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ATENCION INTEGRAL A LA MADRE ADOLESCENTE (AIMA).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ORIENTACION SICOLOGICA (S.O.S.).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PARTICIPACION INFANTIL (RED DE DIFUSORES INFANTILES).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ATENCION A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL FOMENTO A LA INTEGRACION FAMILIAR.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL JORNADAS MEDICO ODONTOLOGICAS.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL JORNADAS OFTALMOLOGICAS.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL JORNADAS QUIRURGICAS DE CATARATA Y ESTRABISMO.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ORIENTACION Y ATENCION PSICOLOGICA (SALUD MENTAL).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PREVENCION DE LAS ADICCIONES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PREVENCION DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN MUJERES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL VACUNACION UNIVERSAL.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL BENEFICIOS EN ESPECIE PARA GRUPOS DE ADULTOS MAYORES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL INTEGRACION DE GRUPOS DE ADULTOS MAYORES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PASEOS RECREATIVOS PARA ADULTOS MAYORES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL EMISION DE LA CREDENCIAL DIFEM PARA ADULTOS MAYORES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ENTREGA DE AYUDAS EXTRAORDINARIAS.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ADOPCIONES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL SERVICIO ASISTENCIAL DE ALBERGUES.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL SERVICIOS BIBLIOTECARIOS DEL DIFEM.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL CLINICA ALBERGUE FAMILIAR.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PREVENCION Y ATENCION AL MALTRATO.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ATENCION EDUCATIVA A HIJOS DE MADRES TRABAJADORAS.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ESCUELA TECNICA DEL DIFEM.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ESTRATEGIA DE PREVENCION Y ATENCION A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MIGRANTES Y REPATRIADOS NO ACOMPAÑADOS (VERTIENTE DE ATENCION).
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ASESORIA JURIDICA Y PATROCINIO JUDICIAL.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL APOYO ASISTENCIAL EXCEPCIONAL EMERGENTE A POBLACION VULNERABLE.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL SERVICIOS FUNERARIOS.
- LINEAMIENTOS DE OPERACION DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL PAGO DE IMPLANTES COCLEARES A MENORES DE EDAD DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

“2013. Año del Bicentenario de los Sentimientos de la Nación”

SECCION TERCERA

## PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

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



## LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

### I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN

Impartición de talleres, cursos y pláticas de conocimientos básicos en tecnologías domésticas alimentarias, características de alimentación y nutrición a nivel individual, familiar y colectivo, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas, la disponibilidad y el acceso a los alimentos.

### 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**S.E.P.:** A la Secretaría de Educación Pública.

**SEIEM:** Servicios Educativos Integrados al Estado de México.

**Alimentación:** Al conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingesta de los alimentos.

**Convenio:** Al instrumento que suscriben el DIFEM y alguna otra institución pública, privada y/u organismo no gubernamental.

**Taller:** A la reunión de un grupo de personas con un mismo fin para difundir temas referentes a la alimentación y/o la cocina, solicitados de forma teórica y/o práctica.

**Curso:** A la reunión de agentes multiplicadores con un mismo fin para difundir temas referentes a la alimentación y/o la cocina, solicitados de forma teórica y/o práctica.

**Plática:** A la exposición de temas referentes a la alimentación y/o la cocina que se publican mediante medios masivos de comunicación.

**Multiplicadores:** Sujeto receptor del taller, plática y/o curso que será responsable de replicar los conocimientos en su comunidad y/o localidad donde habite y/o labore.

**Lineamientos de Operación:** Al conjunto de disposiciones para operar la acción de desarrollo social "Orientación Alimentaria".

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Contribuir en el mejoramiento de la ingesta de alimentos a través de acciones de enseñanza, capacitación y orientación alimentaria, que fomenten en la población el consumo de alimentos saludables, considerando sus condiciones socioeconómicas, disponibilidad y acceso a los alimentos, mediante la impartición de talleres, cursos y/o pláticas masivas a población abierta.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Difundir mediante pláticas, información en materia de alimentación, nutrición, salud, higiene y cocina saludable por medio de spots, entrevistas en televisión, radio, notas periodísticas, notas en revistas, trípticos, carteles, rota folios y presentaciones entre otros, en medios masivos de comunicación de la entidad.
- Establecer vínculos con organismos e instituciones encargadas del desarrollo de programas asistenciales e investigación científica, para establecer sistemas de coordinación que permitan atender de manera conjunta diagnósticos y asistencia social a los sujetos de atención.
- Realizar diagnósticos en materia de Salud Pública, aplicados a la población objetivo que son beneficiarios de los programas de asistencia social alimentaria del DIFEM.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Habitantes del Estado de México.

### 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

Impartición de talleres, pláticas y cursos de orientación alimentaria, como son:

- Alimentación recomendable.
- Nutrición.

- Salud.
- Higiene.
- Preparación de platillos de alto valor nutritivo y bajo costo.
- Elaboración de conservas.

## **6.2 Monto del Servicio**

El servicio que se otorga a los usuarios a través de ésta acción de desarrollo social es gratuito y será cubierto en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM, sin embargo los usuarios deberán proporcionar las materias primas para el desarrollo de talleres o cursos.

## **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

### **7.1 Permanencia**

- a) Los Cursos de Orientación Alimentaria se impartirán a multiplicadores por única vez.
- b) Los Talleres de Orientación Alimentaria se realizarán como mínimo una vez y un máximo de seis sesiones durante un año, esto para beneficiar a otros grupos solicitantes.

### **7.2 Requisitos y Criterios de Selección**

Para acceder al servicio los solicitantes deberán:

- a) Conformar un grupo de 15 personas como mínimo.
- b) Presentar mediante escrito dirigido a la Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar del DIFEM, su solicitud de curso, taller y/o plática, indicando el o los temas requeridos, así como número telefónico o correo electrónico de contacto.
- c) Contar con un espacio idóneo para el manejo higiénico de alimentos, utensilios e insumos.

### **7.3 Criterios de Priorización**

Se dará prioridad para recibir el servicio a:

- a) Madres de familia.
- b) Beneficiarios de programas alimentarios.

### **7.4 Formatos**

No Aplica

### **7.5 Derechos de los Usuarios**

- a) Recibir el taller, plática y/o curso programado.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### **7.6 Obligaciones de los Usuarios**

- a) Proporcionar el espacio físico para la impartición del taller, plática y/o curso.
- b) Proporcionar los utensilios e ingredientes para la preparación de alimentos.
- c) Asistir regularmente a las sesiones a que sean convocados.
- d) Conducirse con respeto y responsabilidad.
- e) Cumplir con los presentes lineamientos de operación.

### **7.7 Causas de incumplimiento**

- a) La no observancia de cualquiera de las obligaciones a que está sujeto el usuario.

### **7.8 Sanciones**

- a) Serán cancelados los talleres y/o cursos en caso de que no se cumpla con los requisitos estipulados en los presentes lineamientos de operación; y
- b) No podrán impartirse talleres y/o cursos que se hayan cancelado hasta después de un año.

### **7.9 Contraprestación del usuario**

- a) Proporcionar el espacio físico para la impartición del taller, plática y/o curso.
- b) Proporcionar los utensilios e ingredientes para la preparación de alimentos.
- c) Asistir regularmente a las sesiones a que sea convocado.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- a) El solicitante enviará su solicitud a la Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar del DIFEM.
- b) El Departamento de Orientación Alimentaria determinará la fecha para impartir el taller, plática y/o curso solicitado y establecerá contacto con el peticionario.
- c) Se acuerda entre ambas partes el horario y lugar para impartir el taller, plática y/o curso solicitado.
- d) En la fecha, hora y lugar programados se impartirá el taller, plática y/o curso solicitado.
- e) Se pondrá a disposición de los solicitantes, talleres, pláticas y cursos en los que se les capacitará en alimentación razonablemente, nutrición, salud, higiene, preparación de platillos de alto valor nutritivo y bajo costo, así como, elaboración de conservas, todo lo anterior aprovechando los recursos disponibles y atendiendo las necesidades específicas del solicitante.
- f) Las solicitudes se reciben una sola vez y tienen vigencia de un año.
- g) El Departamento de Orientación Alimentaria programará según la disponibilidad el taller, plática y/o curso y se pondrá en contacto con el solicitante para indicarle la fecha asignada y los insumos necesarios.
- h) La capacitación será llevada a cabo por el "Supervisor Promotor" del Departamento de Orientación Alimentaria del DIFEM, en forma directa a los solicitantes que hayan sido agendados.
- i) Los cursos de orientación alimentaria se otorgarán a figuras multiplicadoras (interviene personal del DIFEM, de los SIMDIF, SEEM, S.E.P, Voluntariados, Asociaciones Civiles y/o Grupos con objetivos afines, sin ser esta limitativa) sobre alimentación y el manejo de alimentos específicos.
- j) En los talleres y cursos de orientación alimentaria se promocionarán platillos de alto valor nutritivo y bajo costo, elaborados con productos de temporada y propios de la región.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Orientación Alimentaria".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar a través de la Subdirección de Apoyo y Orientación Nutricional Comunitaria directamente mediante el Departamento de Orientación Alimentaria es la instancia responsable de la ejecución de la acción de desarrollo social con sus supervisores promotores y/o trabajadores sociales.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Se preverán los mecanismos de coordinación necesarios para la realización de convenios con instituciones públicas, privadas y organismos no gubernamentales para garantizar que sus acciones favorezcan la mejora en la cultura alimentaria de la entidad.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Se promoverá a los asistentes de los talleres y/o cursos, para que participen con acciones que contribuyan a mejorar el estado de nutrición de sus familias y su comunidad, de igual manera las figuras multiplicadoras serán las responsables de replicar la información obtenida en estos cursos para el beneficio de su localidad.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponibles las solicitudes, minutas de asistencias y/o cuestionarios, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, en sus artículos 4, 12, 17 y 18.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y evaluación se hace mediante la aplicación de la Cédula de Diagnóstico "Cuestionario de Evaluación de Taller o Curso de Orientación Alimentaria"; la cual se reporta mediante el Indicador de Aprovechamiento de los talleres y cursos teórico-prácticos de orientación alimentaria.

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

Los SINDIF en el ámbito de su competencia serán los encargados de controlar y vigilar la correcta aplicación de los talleres y/o cursos en sus comunidades.

**15. MECANISMOS DE QUEJAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público de DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **CANTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo 01800 6 96 96 96 para el interior de la República y 070 para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** difem@mail.edomex.gob.mx.

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. OMAR MARTÍNEZ MORENO**  
DIRECTOR DE ALIMENTACIÓN  
Y NUTRICIÓN FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCIO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS,  
PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS  
DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Orientación Alimentaria publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

## LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE (AIA)

### 1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN

Proporcionar información y orientación a adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, padres de familia y profesores a través de los cursos-talleres y pláticas para prevenir conductas de riesgo y desarrollo de habilidades para la vida, bajo un marco de salud integral que favorezca su calidad de vida.

### 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Programa:** Al programa de Atención Integral al Adolescente (AIA)

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Mejorar las acciones que favorezcan la calidad de vida y bienestar de los adolescentes y padres de familia a través de información y orientación que prevenga conductas de riesgo y desarrollo de habilidades para la vida.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Contribuir en el mejoramiento de las acciones de prevención de conductas de riesgo y desarrollo de habilidades para la vida en la población adolescente de 12 a 19 años de edad.
- Promover actividades culturales, artísticas, recreativas, deportivas y de beneficio comunitario, realizadas por los SMDIF, a fin de favorecer el desarrollo integral de la población adolescente y padres de familia.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

- Adolescentes de 12 a 19 años de edad habitantes del Estado de México.
- Padres de familia con hijos adolescentes habitantes del Estado de México.
- Profesores de instituciones educativas en el Estado de México interesados en la dinámica del adolescente.
- Coordinadores de los 125 SMDIF.

### 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

Otorgamiento de información y orientación a través de la aplicación de las siguientes acciones:

- **Curso-Taller para “Adolescentes”:**

Conformado por 8 temas, impartidos en 18 sesiones, con duración de 1.5 a 2 horas, periodo de aplicación como mínimo 4 y máximo 5 meses, dependiendo de la situación de cada uno de los grupos y de la forma de organización de los SMDIF.

Los temas que contiene son los siguientes:

- Comunicación familiar
- Desarrollo afectivo en el adolescente
- El proceso adolescente
- Elección de pareja
- Embarazo en la adolescencia
- Infecciones de transmisión sexual
- Métodos anticonceptivos
- Toma de decisiones para el logro de metas

Los grupos se formarán por un mínimo de 10 y un máximo de 60 adolescentes, considerando que durante la aplicación del curso-taller se realizarán actividades culturales, recreativas, deportivas, artísticas, cívicas, sociales y de beneficio para la comunidad.

- **Curso-Taller “Padres y Adolescentes”**

Conformado por 5 temas, impartido en 10 sesiones con duración de 1.5 a 2 horas, periodo de aplicación como mínimo 2 y máximo 3 meses dependiendo de la situación de cada uno de los grupos y de la forma de organización de los SMDIF.

Los temas que contiene son los siguientes:

- Los comienzos
- La adolescencia
- Aspectos de relación entre padres e hijos
- Los valores y los afectos
- La posibilidad de cambio

Los grupos se formarán por un mínimo de 10 y un máximo de 60 padres de familia, considerando que durante la aplicación del curso-taller se realizarán en conjunto con sus hijos adolescentes actividades culturales, recreativas, deportivas, artísticas, cívicas, sociales y de beneficio para la comunidad.

- **Capacitación, Seguimiento y Asesoría a Coordinadores de los SMDIF**

*Capacitación*

El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM a través del personal designado proporcionará capacitación a los Coordinadores de los SMDIF, con la finalidad de brindar los elementos normativos, estrategias y alternativas de apoyo para el adecuado desarrollo de las acciones de Atención Integral al Adolescente.

*Seguimiento y Asesoría*

El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM a través del personal designado efectuará en el transcurso del año, visitas de seguimiento y asesoría a los Coordinadores del programa de Atención Integral al Adolescente en los SMDIF, bajo una calendarización previamente definida.

## **6.2. Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

## **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

### **7.1 Permanencia**

Población en general:

Los usuarios permanecerán en el servicio de acuerdo al número de sesiones con que cuente el servicio solicitado.

SMDIF:

El DIFEM a través de la Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente, determinará la permanencia del coordinador municipal con base en las supervisiones realizadas.

### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

Población en general:

- a) Ser habitante del Estado de México y;
- b) Ser adolescente de entre 12 y 19 años de edad; o
- c) Ser padre de familia con hijos adolescentes; o
- d) Ser profesor de instituciones educativas interesados en la dinámica del adolescente.
- e) Inscribirse a los cursos-taller para adolescentes y/o padres de familia y adolescentes.
- f) Asistir personalmente a las oficinas del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM y/o a la Coordinación del SMDIF para solicitar información o realizar el trámite correspondiente.

SMDIF:

- a) Enviar mediante oficio la designación de un Coordinador Municipal, quien será el responsable de operar el programa Atención Integral al Adolescente (AIA).

El coordinador designado deberá:

- b) Asistir al 100 % a los cursos de capacitación a que sea convocado.

**7.3 Criterios de Priorización**

El servicio se dará en el siguiente orden de prioridad:

- a) Adolescentes que habiten en el Estado de México, de entre 12 y 19 años de edad en condiciones de vulnerables.
- b) Padres de familia con hijos adolescentes que habiten en el Estado de México en condiciones vulnerables.
- c) Profesores de instituciones educativas en el Estado de México interesados en la dinámica del adolescente.

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención a Menores y Adolescentes  
Unidad de Intervención y Capacitación



**REGISTRO DE CAPACITACIÓN/CONFERENCIA/PLÁTICA  
CURSO-TALLER IMPARTIDO**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_ Oficio de ref.: (2) \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución: (3) \_\_\_\_\_

Domicilio: (4) \_\_\_\_\_

Teléfono: (5) \_\_\_\_\_

Nombre de la capacitación, conferencia, plática o curso-taller (temática desarrollada): (6) \_\_\_\_\_

Hora de inicio: (7) \_\_\_\_\_ Hora de término: (8) \_\_\_\_\_

**POBLACIÓN BENEFICIADA: (9)**

Adolescentes  Padres  Maestros  Madres adolescentes  Otros

Rango de edad \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

**LISTA DE ASISTENTES: (10)**

¿Se anexa lista de asistentes? SI  NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES: (11)**

**AVALADO POR LA INSTITUCIÓN BENEFICIADA**

**REVISÓ EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (12)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (13)

**IMPARTIÓ PERSONAL OPERATIVO O PONENTE**

**SELLO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (14)

\_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN BENEFICIADA (15)

(ANVERSO)





|     |                     |  |
|-----|---------------------|--|
| 10. | Lista de asistentes | Señalar con una "X" si se anexa lista de asistentes ya sea proporcionada por la institución o porque los beneficiarios se registraron o no y en caso de ser no, escribir el por qué. |
| 11. | Observaciones       | Anotar si hubo alguna observación importante durante el curso.   |
| 12. | Nombre y firma      | Anotar el nombre completo y firma, avalada por la institución beneficiada.   |
| 13. | Nombre y firma      | Anotar el nombre completo y firma de la persona que reviso (Jefe del Departamento de Atención al Adolescente).   |
| 14. | Nombre y firma      | Anotar el nombre completo y firma de la persona que impartió, personal operativo o ponente la capacitación, conferencia, plática o curso taller.                                     |
| 15. | Sello               | Colocar el sello de la institución beneficiada.  |
| 16. | No. de sesión       | Anotar con una X si ha tomado varias sesiones.   |
| 17. | Sesión única        | Anotar con una X si ha sido impartido por primera vez.   |
| 18. | Nombre              | Anotar el nombre completo de la persona que asiste a la capacitación.  |
| 19. | Edad                | Anotar la edad de la persona que asiste a la capacitación.   |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio solicitado.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

Población en general:

- a) Asistir cuando menos al 70% de las sesiones del curso o taller al que se haya inscrito.
- b) Abstenerse de realizar actos proselitistas, lucrativos, laborales o de cualquier otro tipo que no esté en los objetivos del servicio Atención Integral al Adolescente (AIA).

SMDIF:

- a) Enviar mediante oficio la designación de un Coordinador Municipal, quien será el responsable de operar el programa Atención Integral al Adolescente (AIA).
- b) Asistir al 100% de las actividades a que sea convocado.
- c) Entregar en tiempo y forma la documentación solicitada por el DIFEM.

### 7.7 Causas de incumplimiento

La inobservancia de cualquiera de los requisitos y obligaciones a que está sujeto el usuario.

### 7.8 Sanciones

Población en general:

- a) Cuando no se cumpla con al menos el 70% de la asistencia requerida se cancelará el servicio.
- b) Cuando no se formen grupos con el mínimo de personas requeridas para otorgar el servicio se cancelará.

SMDIF:

- a) El DIFEM a través de la Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente, determinará la suspensión o cancelación del servicio al coordinador municipal con base en las supervisiones realizadas.

### 7.9 Contraprestación del usuario

Población en general:

- a) Cumplir como mínimo con el 70% de la asistencia requerida.
- b) Para el curso-taller para adolescentes, participar en las brigadas colectivas.

SMDIF:

- a) Acudir a los cursos de capacitación, asesoría y cualquier otro a que sea convocado por el DIFEM.
- b) Asistir puntualmente a las reuniones mensuales de coordinadores, los días, horarios y lugares que designe la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) Los adolescentes, padres de familia y profesores interesados deberán solicitar el servicio en las oficinas del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM, o bien en el SMDIF.
- b) Los SMDIF deberán solicitar el servicio mediante oficio dirigido a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM, en el cual nombrarán a un Coordinador Municipal, quien será el encargado de operar el Programa de Atención Integral al Adolescente (AIA) en su municipio.
- c) Se llevarán a cabo los cursos-taller únicamente en las fechas y horarios establecidos, iniciando con la formación de grupos de adolescentes o padres de familia.
- d) A través de la aplicación de los cursos-taller para la atención de adolescentes y padres de familia, se ofrecerá información y orientación así como actividades recreativas, culturales, cívicas y sociales.
- e) El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM llevará a cabo la capacitación de Coordinadores Municipales cuatro veces por año.
- f) El Departamento Atención al Adolescente del DIFEM realizará visitas de supervisión y seguimiento de las acciones realizadas en cada municipio.

**8. INSTANCIAS PARTICIPANTES****8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Atención Integral al Adolescente (AIA)".

**8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente, así como los Coordinadores Municipales de los SMDIF.

**9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL****Corresponde al DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente:**

- a) Difundir entre los SMDIF el Programa de Atención Integral al Adolescente (AIA).
- b) Capacitar a los Coordinadores Municipales en la operación del programa para que lo repliquen a su vez en los municipios.
- c) Realizar visitas periódicas a los SMDIF, a fin de brindar asesoría y seguimiento de las actividades desarrolladas por el programa.
- d) Ofrecer pláticas y conferencias a los SMDIF que lo soliciten con una anticipación de 15 días hábiles.
- e) Proporcionar en calidad de préstamo a los SMDIF el material denominado "Bebés Didácticos" mediante el contrato de comodato.
- f) Proporcionar a los SMDIF el formato Registro de Capacitación, Conferencia, Plática o Curso-Taller Impartido.
- g) Proporcionar en calidad de préstamo al SMIF material bibliográfico y videográfico.

**Corresponde a los SMDIF:**

- a) Entregar el oficio de presentación y/o nombramiento de la persona que fungirá como Coordinador de la operación del programa Atención Integral al Adolescente (AIA) al Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM.

El coordinador municipal deberá:

- b) Elaborar Programa Operativo Anual Municipal, en el que se programará y reportará el avance mensual de las actividades del Programa Atención Integral al Adolescente (AIA).
- c) Promocionar en las diferentes comunidades del municipio con población vulnerable, las actividades informativo formativas y complementarias (culturales, recreativas, deportivas, cívicas y sociales) que permitan la atención de los adolescentes y padres de familia.
- d) Promover la creación de convenios de colaboración con instituciones de salud y de asistencia social gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de proporcionar una atención integral a los adolescentes.
- e) Cumplir en tiempo y forma con los cursos, pláticas, simposiums, conferencias y otros eventos que el Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM organice.
- f) Difundir el Servicio de Orientación Sicológica (S.O.S.) al interior del municipio.
- g) Registrar grupos conformados del Programa Atención Integral al Adolescente (AIA) para posteriormente ser entregados en original, al Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM.
- h) Formar brigadas con los adolescentes que concluyan el curso-taller para adolescentes, para realizar actividades de beneficio colectivo para su comunidad.
- i) Vigilar que las brigadas conformadas con adolescentes que concluyeron el curso-taller para Adolescentes, se abstengan de realizar actos proselitistas, lucrativos, laborales o de cualquier otro tipo que no esté en los objetivos del servicio Atención Integral al Adolescente (AIA).

- j) Difundir el programa por medio de trípticos, volantes, carteles, pláticas, mantas, pinta de bardas, separadores, etc.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Al finalizar un curso-taller para adolescentes el Coordinador del SMDIF formará brigadas con los adolescentes que lo hayan concluido, para realizar actividades de beneficio colectivo para su comunidad.

### 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**C. MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Atención Integral al Adolescente (AIA) publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

## **LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ATENCIÓN INTEGRAL A LA MADRE ADOLESCENTE (AIMA)**

### **1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Proporcionar información y orientación a adolescentes embarazadas y madres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad a través de un curso-taller, bajo un marco de salud integral y de formación para el trabajo que favorezca su calidad de vida y bienestar.

### **2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Mejorar las acciones que favorezcan la calidad de vida y bienestar de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes a través de información y orientación que prevenga la reincidencia de embarazos no planeados y conductas de riesgo.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Promover la asistencia integral de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, así como su incorporación a las diversas opciones educativas y laborales a través de cursos y talleres.
- Contribuir en la promoción de actividades de prevención de conductas de riesgo en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, realizadas por los SMDIF a través de la capacitación y asesoría técnica.

### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

- Adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 12 a 19 años habitantes del Estado de México.
- Coordinadores municipales de los 125 SMDIF.

### **5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

Otorgamiento de información y orientación a través de la aplicación de las siguientes acciones:

- **Curso-Taller para la Atención de Adolescentes Embarazadas y Madres Adolescentes:**

Conformado por 18 temas, impartidos en 8 sesiones, con duración de 1.5 a 2 horas, periodo de aplicación como mínimo 2 y máximo 3 meses, dependiendo de la situación de cada uno de los grupos y de la forma de organización de los SMDIF.

Los temas que contiene son los siguientes:

- Conociéndome mejor
- Cambios en mi cuerpo
- Aprendiendo a sentir mi cuerpo
- Conociendo a mí bebé antes de que nazca
- Cuidando mi embarazo
- Alimentándome adecuadamente durante mi embarazo
- Aliviando las molestias del embarazo
- Preparándome para el parto
- Mi cuerpo después del parto
- Amamantando a mí bebé
- Cuidando a mí bebé
- Alimentando a mí bebé
- Crecimiento y desarrollo del bebé
- Ser padres responsables
- Planeando mi familia
- Superación personal
- La importancia de prepararse
- Orientación para la formación escolar e incorporación laboral

Los grupos se integrarán por un mínimo de 3 y un máximo de 15 personas las cuales deberán ser acompañadas por un familiar, amigo (a) y/o por la pareja. En las sesiones del curso-taller se promoverá la asistencia a consulta médica, psicológica y orientación jurídica, escolar y de capacitación laboral.

- **Capacitación y Asesoría a Coordinadores de los SMDIF**

*Capacitación*

El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM a través del personal designado proporcionará capacitación a los coordinadores de los SMDIF, con la finalidad de brindar los elementos normativos, estrategias y alternativas de apoyo para el adecuado desarrollo de las acciones del programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA).

*Seguimiento y Asesoría*

El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM a través del personal designado efectuará en el transcurso del año, visitas de seguimiento y asesoría a los coordinadores del programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA) en los SMDIF, bajo una calendarización previamente definida.

## **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

## **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

### **7.1 Permanencia**

- a) Permanecerán en el servicio las usuarias que habiéndose inscrito en el curso-taller asistan de manera regular a las sesiones.
- b) El DIFEM a través de la Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente, determinará la permanencia del coordinador municipal con base en las supervisiones realizadas.

### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

Población en general:

- a) Ser adolescente embarazada o madre adolescente de entre 12 y 19 años de edad que radique en el Estado de México.
- b) Inscribirse al curso-taller para adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

- c) Asistir personalmente a las oficinas del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM y/o a la Coordinación del SMDIF para solicitar información y/o realizar el trámite correspondiente.

**SMDIF**

- a) Enviar mediante oficio la designación de un Coordinador Municipal, quien será el responsable de operar el programa Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA).

*El coordinador designado deberá:*

- b) Asistir al 100 % a los cursos de capacitación a que sea convocado.

**7.3 Criterios de priorización**

No aplica

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente  
Instituto Registral y Catastral



**REGISTRO DE CAPACITACIÓN/CONFERENCIA/PLÁTICA  
CURSO-TALLER IMPARTIDO**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_ Oficio de ref.: (2) \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución: (3) \_\_\_\_\_

Domicilio: (4) \_\_\_\_\_

Teléfono: (5) \_\_\_\_\_

Nombre de la capacitación, conferencia, plática o curso-taller (temática desarrollada): (6) \_\_\_\_\_

Hora de inicio: (7) \_\_\_\_\_ Hora de término: (8) \_\_\_\_\_

**POBLACIÓN BENEFICIADA: (9)**

|                                       |                                 |                                   |  |                                |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| Adolescentes <input type="checkbox"/> | Padres <input type="checkbox"/> | Maestros <input type="checkbox"/> | Madres adolescentes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> |
| Rango de edad _____                   |                                 | Cantidad _____                    |  |                                |

**LISTA DE ASISTENTES: (10)**

|                                |                             |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Se anexa lista de asistentes? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Por qué? _____                |                             |                             |

**OBSERVACIONES: (11)**

**AVALADO POR LA INSTITUCIÓN BENEFICIADA**

**REVISÓ EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (12)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (13)

**IMPARTIÓ PERSONAL OPERATIVO O PONENTE**

**SELLO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (14)

\_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN BENEFICIADA (15)

(ANVERSO)





|     |                       |   |
|-----|-----------------------|---|
| 8.  | Hora de termino       | Anotar la hora en que termino la impartición de la capacitación, conferencia, plática o curso taller.   |
| 9.  | Población beneficiada | Señalar con una "X" quien fue el beneficiado de la capacitación, conferencia, plática o curso taller entre: adolescentes, padres, maestros, madres adolescentes u otros y anotar el rango de edad comprendido entre los beneficiarios así como la cantidad de los mismos. |
| 10. | Lista de asistentes   | Señalar con una "X" si se anexa lista de asistentes ya sea proporcionada por la institución o porque los beneficiarios se registraron o no y en caso de ser no, escribir el por qué.  |
| 11. | Observaciones         | Anotar si hubo alguna observación importante durante el curso.  |
| 12. | Nombre y firma        | Anotar el nombre completo y firma, avalada por la institución beneficiada.  |
| 13. | Nombre y firma        | Anotar el nombre completo y firma de la persona que reviso (Jefe del Departamento de Atención al Adolescente).  |
| 14. | Nombre y firma        | Anotar el nombre completo y firma de la persona que impartió, personal operativo o ponente la capacitación, conferencia, plática o curso taller.  |
| 15. | Sello                 | Colocar el sello de la institución beneficiada.   |
| 16. | No. de sesión         | Anotar con una X si ha tomado varias sesiones.  |
| 17. | Sesión única          | Anotar con una X si ha sido impartido por primera vez.  |
| 18. | Nombre                | Anotar el nombre completo de la persona que asiste a la capacitación.   |
| 19. | Edad                  | Anotar la edad de la persona que asiste a la capacitación.  |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- Recibir el servicio solicitado.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

Población en general:

- Asistir cuando menos al 70% de las sesiones del curso-taller al que se haya inscrito.
- Abstenerse de realizar actos proselitistas, lucrativos, laborales o de cualquier otro tipo que no esté en los objetivos del servicio Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA).

SMDIF:

- Enviar mediante oficio la designación de un Coordinador Municipal, quien será el responsable de operar el programa Atención Integral al Adolescente (AIA).
- Asistir al 100% de las actividades a que sea convocado.
- Entregar en tiempo y forma la documentación solicitada por el DIFEM.

### 7.7 Causas de incumplimiento

La inobservancia de cualquiera de los requisitos y obligaciones a que está sujeto el usuario.

### 7.8 Sanciones

Población en general:

- Cuando no se cumpla con al menos el 70% de la asistencia requerida se cancelará el servicio.
- Cuando no se formen grupos con el mínimo de personas requeridas para otorgar el servicio se cancelará.

SMDIF:

- El DIFEM a través de la Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente, determinará la suspensión o cancelación del servicio al coordinador municipal con base en las supervisiones realizadas.

### 7.9 Contraprestación del usuario

Población en general:

- a) Cumplir como mínimo con el 70% de la asistencia requerida.

SMDIF:

- a) Acudir a los cursos de capacitación, asesoría y cualquier otro a que sea convocado por el DIFEM.
- b) Asistir puntualmente a las reuniones mensuales de coordinadores, los días, horarios y lugares que designe la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.

#### **7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) Las mujeres interesadas deberán solicitar el servicio en las oficinas del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM, o bien en el SMDIF de su municipio.
- b) Los SMDIF deberán solicitar el servicio mediante oficio en la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM, en el cual nombrarán a un Coordinador Municipal, quien será el encargado de operar el programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA) en su municipio.
- c) Se llevará a cabo el curso-taller únicamente en las fechas y horarios establecidos, iniciando con la formación de grupos de adolescentes embarazadas y madres adolescentes.
- d) A través de la aplicación del curso-taller para la atención de adolescentes embarazadas y madres adolescentes, se ofrecerá información y orientación así como actividades recreativas, culturales, cívicas y sociales.
- e) Los usuarios del servicio deberán asistir cuando menos al 70% de las sesiones programadas.
- f) El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM llevará a cabo la capacitación de Coordinadores Municipales cuatro veces por año.
- g) El Departamento Atención al Adolescente del DIFEM realizará visitas de supervisión y seguimiento de las acciones realizadas en cada municipio.

### **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

#### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA)".

#### **8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente, así como los Coordinadores Municipales de los SMDIF.

### **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

**Corresponde al DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente:**

- a) Difundir entre los SMDIF el programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA).
- b) Capacitar a los Coordinadores Municipales en la operación del programa para que lo repliquen a su vez en los municipios.
- c) Realizar visitas periódicas a los SMDIF, a fin de brindar asesoría y seguimiento de las actividades desarrolladas por el programa.
- d) Ofrecer pláticas y conferencias a los SMDIF que lo soliciten con una anticipación de 15 días hábiles.
- e) Proporcionar en calidad de préstamo al SMDIF material didáctico, bibliográfico y videográfico.

**Corresponde a los SMDIF:**

- a) Entregar el oficio de presentación y/o nombramiento de la persona que fungirá como Coordinador de la operación del programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA) al Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM.

El Coordinador Municipal deberá:

- b) Elaborar el Programa Operativo Anual Municipal, en el que se programarán y reportará el avance mensual de las actividades del programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA).
- c) Promocionar en las diferentes comunidades del municipio con población vulnerable, las actividades informativo formativas y complementarias (culturales, recreativas, deportivas, cívicas y sociales) que permitan la atención de la adolescente embarazada y madre adolescente.
- d) Promover la creación de convenios de colaboración con instituciones de salud y de asistencia social gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de proporcionar una atención integral a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

- e) Cumplir en tiempo y forma con los cursos, pláticas, simposiums, conferencias y otros eventos que el Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM organice.
- f) Difundir el Servicio de Orientación Sicológica (S.O.S.) al interior del municipio.
- g) Registrar grupos conformados del programa de Atención Integral a la Madre Adolescente para posteriormente ser entregados en original, al Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM.
- h) Difundir el programa de Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA) por medio de trípticos, volantes, carteles, pláticas, mantas, pinta de bardas, separadores, etc.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01-800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**MARCOS ZAMORA SARABIA**

DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**

DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**

JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Atención Integral a la Madre Adolescente (AIMA) publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
ORIENTACIÓN SICOLÓGICA (S.O.S.)****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Psicólogos proporcionan vía telefónica a niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, maestros y público en general, orientación psicológica en tópicos como relaciones intrafamiliares e interpersonales, problemas emocionales, conflictos de pareja, maltrato, etc. Así mismo ofrecen información específica sobre temas relacionados con la salud mental, uso de métodos anticonceptivos, sexualidad, farmacodependencia y embarazo, entre otras.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM.-** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF.-** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Anónimo.-** A la persona que hace uso del Servicio de Orientación Psicológica (S.O.S) y que prefiere omitir sus datos personales.

**Confidencial.-** Al tratamiento que se le da a la información personal proporcionada por el usuario, quedando para uso exclusivo del Servicio de Orientación Psicológica (S.O.S).

**Gratis.-** Al servicio que no genera costo económico para el usuario si llama marcando los números telefónicos de lada sin costo, a través de casetas telefónicas de tarjeta (sin necesidad de insertar la tarjeta) o desde el teléfono de su domicilio.

**Información.-** A la acción de dar a conocer en el Servicio de Orientación Psicológica (S.O.S) la definición de términos relacionados con la Salud Mental, los cuales fueron solicitados por el usuario.

**Orientación Psicológica.-** A la acción otorgada por el orientador telefónico para guiar al usuario ante una problemática o inquietud planteada al momento de la llamada, en la toma de decisiones que favorezcan su proyecto de vida, que no implica una terapia psicológica, realizando seguimiento cuando esté en riesgo la integridad física o mental del usuario.

**Usuario.-** A la persona que hace uso del Servicio de Orientación Psicológica (S.O.S), sin importar su edad.

**S.O.S.-** Servicio de Orientación Psicológica.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Contribuir con la prevención de conductas de riesgo a través del otorgamiento de información y orientación psicológica vía telefónica, que permita a la población la toma de decisiones sobre su situación actual y la formación de un proyecto de vida.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Brindar información referente a diversas temáticas de interés para las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, profesores y público en general que permitan la prevención de conductas de riesgo.
- Proporcionar atención a niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, profesores y público en general que presenten problemáticas adversas, a través de orientación psicológica.

- Otorgar atención a reportes de probable maltrato en menores, a través de la coordinación y seguimiento con el Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia (CEPAMYF) del DIFEM y de los SMDIF.

#### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, profesores y público en general que presenten dudas, inquietudes y problemáticas en su entorno biopsicosocial, habitantes del Estado de México preferentemente.

#### **5. COBERTURA**

Este servicio atiende principalmente a los 125 municipios del Estado de México, aunque también se atiende a los demás Estados de la República Mexicana y otros países.

#### **6. SERVICIO**

##### **6.1. Tipo de Servicio**

Información y orientación proporcionada por psicólogos vía telefónica a niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, maestros y público en general con inquietudes y problemáticas en su entorno biopsicosocial.

##### **6.1 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de ésta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

#### **7. MECANISMO DE ENROLAMIENTO**

##### **7.1. Permanencia**

- a) Se pretende que a través de una sola llamada el usuario pueda prevenir conductas de riesgo.
- b) La permanencia del usuario será determinada para casos subsecuentes, en aquellos donde se considere en riesgo la integridad física o emocional del mismo.

##### **7.2. Requisitos y Criterios de Selección:**

**Para acceder al servicio los solicitantes deberán:**

- a) Solicitar el servicio en un horario de 09:00 a 23:00 hrs., a través de las líneas telefónicas:

##### **Lada sin costo:**

01 800 710 24 96

01 800 221 31 09

##### **Locales:**

(01 722) 2.12.05.32

(01 722) 2.80. 23. 24

##### **7.3. Criterios de Priorización**

No aplica

##### **7.4. Formatos e instructivos**

No aplica.

##### **7.5. Derechos de los Usuarios**

- a) Recibir el servicio de manera oportuna y cálida.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.
- c) Proporcionar si lo desea sus datos generales.

##### **7.6. Obligaciones de los usuarios**

- a) Solicitar el servicio de manera respetuosa.
- b) Llevar a cabo los compromisos establecidos con el Orientador Telefónico.

##### **7.7. Causas de incumplimiento**

Cuando se tengan elementos suficientes para considerar que el usuario presenta patologías que requieran de atención psicológica o psiquiátrica y ya se le haya proporcionado información para su atención.

## 7.8. Sanciones

### Suspensión temporal:

- a) Cuando el usuario utilice el servicio con la finalidad de ofender verbalmente al orientador telefónico, jugar o hacer bromas.
- b) Cuando el usuario haga uso del servicio en repetidas ocasiones sin llevar a cabo los compromisos establecidos con el Orientador Telefónico.
- c) Cuando el usuario presente patologías que requieran de atención psicológica o psiquiátrica y ya se le haya proporcionado información para su atención de Instituciones especializadas.

## 7.9. Contraprestación del usuario

El usuario tendrá la responsabilidad de realizar los compromisos establecidos con el Orientador Telefónico.

## 7.10. Procedimiento para la entrega del Servicio

- a) El usuario se comunicará a través de cualquiera de los números telefónicos del Servicio de Orientación Sicológica (S.O.S) para establecer contacto con un Orientador Telefónico.
- b) El Orientador Telefónico, atenderá al usuario proporcionándole información y de ser el caso orientación psicológica.
- c) El usuario podrá denunciar un probable maltrato, para tal efecto el Orientador Telefónico levantará un Reporte de Maltrato con la información proporcionada, mismo que remitirá al Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia (CEPAMYF) del DIFEM y éste a su vez al SMDIF.
- d) Las características bajo las cuales se rige el Servicio de Orientación Sicológica son: gratuito, anónimo y confidencialidad de la información proporcionada por el usuario.
- e) La información solicitada al usuario será para fines estadísticos.
- f) En ningún caso se podrá obligar al usuario a proporcionar datos personales sin su consentimiento.
- g) El servicio que se otorga es exclusivamente vía telefónica.
- h) El Servicio de Orientación Sicológica se proporcionará a niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, profesores y público en general en un horario de 9:00 a 23:00 horas los 365 días del año.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1. Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Orientación Sicológica (S.O.S)".

### 8.2. Instancia Ejecutora

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Cuando en el Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM a través del servicio de Orientación Sicológica (S.O.S) reciba denuncias de probable maltrato, levantará un Reporte de Maltrato con la información proporcionada por el usuario y lo remitirá al Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia (CEPAMYF) del DIFEM para su atención.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

Por tratarse de un Servicio que entre sus características están el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada por el usuario, la base de datos de la información es tratada de forma confidencial, por lo que no será dada a conocer al exterior.

### 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

### 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

#### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

#### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

#### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

### 16. VALIDACIÓN

**MARCOS ZAMORA SARABIA**

DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**

DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**

JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Orientación Sicológica (S.O.S) publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**

DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
PARTICIPACIÓN INFANTIL (RED DE DIFUSORES INFANTILES)****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Proporcionar información sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 17 años de edad en los municipios de la entidad y padres de familia, mediante la aplicación del Manual de Participación Infantil y pláticas otorgadas por los difusores infantiles sobre la Convención de los Derechos de la Niñez, a fin de hacer de sus derechos una práctica cotidiana en el Estado de México.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Mejorar la implementación de acciones de difusión de la cultura de respeto, valores, equidad y democracia, mediante la promoción de los derechos de las niñas, niños y adolescentes a través de los SMDIF que operan la red de difusores infantiles, en la temática de Participación Infantil.

**3.2 Objetivos específicos**

- Promover que las niñas, niños y adolescentes del Estado de México sean promotores y difusores de sus derechos.
- Ofrecer alternativas de participación que generen personas responsables y comprometidas consigo misma y con la sociedad.
- Favorecer la expresión y manifestación de las necesidades e inquietudes de las niñas, niños y adolescentes.
- Brindar capacitación para la operación de los Consejos Municipales para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en los 125 municipios del Estado de México.

**4. POBLACIÓN OBJETIVO**

- Niñas, niños y adolescentes habitantes del Estado de México que sean promotores y difusores de sus derechos.
- Padres de Familia de niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 17 años de edad habitantes del Estado de México.
- Autoridades de instituciones que trabajen en favor de las niñas, niños y adolescentes.
- Coordinadores Municipales de la Red de Difusores Infantiles de los 125 SMDIF.

**5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México.

**6. SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

La Participación Infantil de la Red de Difusores Infantiles brinda información y promoción, a través de la aplicación de las siguientes acciones:

- **Capacitación a los Coordinadores Municipales de la Red de Difusores Infantiles para la operación del Manual de Participación Infantil**

Personal normativo del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM proporcionará capacitación, con el objetivo de brindar a los Coordinadores de los SMDIF los elementos normativos, estrategias y alternativas de apoyo para conformar la Red de Difusores Infantiles dirigido a niñas, niños y adolescentes en sus municipios.

- **Curso-Taller Manual de Participación Infantil para la Difusión de los Derechos de la Niñez.**

Conformado por 12 sesiones con una duración de 1.5 a 2 horas, por lo que el periodo de aplicación será como mínimo de 3 meses y máximo de 4, dependiendo de la situación del grupo y la forma de organización de los SMDIF.

Los grupos se integrarán con un mínimo de 10 y un máximo de 15 niñas, niños y adolescentes.

Contiene 12 Unidades de interés para las niñas, niños y adolescentes:

- Esquema general de la sesión de bienvenida e introducción al curso-taller, sobre la Red Nacional de Difusores Infantiles.
- Esquema general de la sesión de los conceptos básicos sobre Los Derechos de la Niñez.
- Clasificación por grupos de Derechos de la Niñez (Principios y Medidas Generales).



- Clasificación por grupos de Derechos de la Niñez (Derechos y Libertades Civiles).
  - Clasificación por grupos de Derechos de la Niñez (Entorno Familiar y otro Tipo de Tutela).
  - Esquema General de la sesión sobre el Derecho a la Participación.
  - Clasificación por grupos de Derechos de la Niñez (Salud Básica y Bienestar).
  - Esquema General de la sesión sobre el Derecho a la Participación (Avances en el Proyecto, obstáculos y oportunidades que se presentaron).
  - Clasificación por grupos de Derechos de la Niñez (Educación, Esparcimiento y Actividades Culturales).
  - Clasificación por grupos de Derechos de la Niñez (Medidas Especiales de Protección).
  - Esquema General de la sesión sobre el Derecho a la Participación (Evaluación del Proyecto Propuesto).
  - Esquema General de la sesión de Clausura del Curso-Taller de la Red Nacional de Difusores Infantiles.
- **Organización de las actividades del Difusor Infantil Estatal (promoción de los derechos de la niñez)**  
 El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM, a través de su personal de asesoría junto con los Coordinadores de los SMDIF y por medio de las visitas de asesoría y seguimiento supervisa las actividades con las que el Difusor Infantil Estatal realiza la promoción de la Convención de los Derechos de la Niñez, bajo una calendarización previamente definida.
  - **Asesoría y Seguimiento a Coordinadores de los SMDIF que promueven la participación infantil**  
 El Departamento de Atención al Adolescente realiza una programación mensual para que, a través de su personal de asesoría y seguimiento efectúe visitas en el transcurso del año a los Coordinadores del programa Red de Difusores Infantiles en los SMDIF.
  - **Capacitación a los Consejos Municipales para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**  
 El Departamento de Atención al Adolescente, a través de su personal proporciona capacitación con el objetivo de brindar a los integrantes del Consejo Municipal, los elementos normativos, estrategias y alternativas de apoyo para el desarrollo de las acciones para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en los municipios.
  - **Organización de eventos para la difusión de la Convención de los Derechos de la Niñez**  
 El Consejo Estatal para la Protección y Vigilancia de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, organiza actividades de Promoción y difusión de la Convención de los Derechos de la Niñez.

## 6.2 Monto del Servicio.

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO.

### 7.1 Permanencia

El servicio podrá otorgarse a los solicitantes tantas veces como lo requieran (sujeto a agenda).

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

Población en general

#### Para ser Difusor Infantil Municipal y/o Local:

- a) Ser niña, niño o adolescente de entre 10 y 17 años de edad que radiquen en el municipio del Estado de México que emite la convocatoria.
- b) Formar parte de la población atendida por el SMDIF.
- c) Haber concluido el Curso-Taller Manual de Participación Infantil para la Difusión de los Derechos de la Niñez.
- d) Tener conocimiento sobre la Convención de los Derechos de la Niñez.
- e) Conocer las costumbres del Estado de México, específicamente de su municipio, así como ser promotor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- f) Promover los valores de equidad, democracia, tolerancia y amor a la patria.
- g) Asistir personalmente a las oficinas del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM y/o a la Coordinación del SMDIF para solicitar información o realizar el trámite correspondiente.

#### Para participar en la Red de Difusores Infantiles:

- a) Ser niña, niño o adolescente de entre 10 y 17 años de edad que radiquen en el Estado de México.
- b) Formar parte de la población atendida por el SMDIF.

- c) Inscribirse al Curso-Taller Manual de Participación Infantil para la Difusión de los Derechos de la Niñez.
- d) Asistir personalmente a la Coordinación de su SMDIF para solicitar información o realizar el trámite correspondiente.

**Para la capacitación a Consejos Municipales:**

- a) Ser parte de las Instituciones del Ayuntamiento municipal, encargadas del trabajo con niñas, niños y adolescentes.
- b) Entregar a la Coordinación Estatal del Consejo para la Promoción y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes el acta de instauración del Consejo Municipal.
- c) El SMDIF deberá solicitar la capacitación al Departamento de Atención al Adolescente, a través de oficio dirigido a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.

**SMDIF:**

- a) Enviar mediante oficio la designación de un Coordinador Municipal, quien será el responsable de operar la Red de Difusores Infantiles.
- b) Solicitar mediante oficio la fecha y día de la capacitación para la operación de los Consejos Municipales para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, las cuales serán programadas tomando en cuenta la fecha solicitada por el SMDIF, en caso contrario se acordará con el SMDIF una nueva fecha de capacitación.

**7.3 Criterios de priorización**

El servicio se otorgará en el siguiente orden de prioridad:

- a) Niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 17 años de edad.
- b) Coordinadores Municipales de los 125 SMDIF.
- c) Diferentes áreas de los H. Ayuntamientos que formarán parte del Consejo Municipal de Protección y Vigilancia de los Derechos de la Niñez.

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente  
Departamento de Atención al Adolescente



**CEDULA DE ASESORÍA Y SEGUIMIENTO  
PARTICIPACIÓN INFANTIL (SEGUIMIENTO A CONSEJOS MUNICIPALES)**

|   |  |
|---|--|
| 1. Nombre del Secretario Ejecutivo (1)                        |  |
| 2. Nombre del Procurador (2)                                  |  |
| 3. Fecha de Capacitación para la instauración del Consejo (3) |  |
| 4. Fecha de instauración del consejo (4)                      |  |

| ASUNTOS A TRATAR DURANTE LA VISITA (5)  |
|---|
| Fecha de Ultima Reunión ( ) _____   |
| Acuerdos Establecidos por parte del Consejo ( ) _____                               |
| Instituciones Participantes. ( ) _____  |
| Comunidades Beneficiadas( ) _____   |
| Motivo y tipo de Evento ( ) _____   |
| Fechas de los eventos ( ) _____   |
| Programas del DIF Involucrados en las Actividades del Consejo ( ) _____             |
| Participación del Difusor Municipal y Red de Difusores Infantiles Locales ( ) _____ |
|   |
|   |
|   |

| ACUERDOS PARA DAR SEGUIMIENTO EN LA SIGUIENTE VISITA (6) |             |
|--|-------------|
| Fechas   | Actividades |
|  |             |

**COORDINADOR DEL PROGRAMA PARTICIPACIÓN INFANTIL DEL SMDIF**

**ASESOR TÉCNICO (PERSONAL OPERATIVO)**

**AVALA SMDIF**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (7)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (8)

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma, cargo y sello (9)

**Vo. Bo. DEL SECRETARIO EL CONSEJO**

**Vo. Bo. DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE**

**SELLO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (10)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (11)

\_\_\_\_\_  
SMDIF (12)

REVERSO

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA ACTIVIDAD 004.**  
**Cedula de asesoría y seguimiento a Consejos Municipales**

| NO. | ACTIVIDAD   | DESARROLLO  |
|-----|---|---|
| 1.  | <b>Nombre del Secretario Ejecutivo</b>  | Se colocará el nombre completo del secretario ejecutivo a cargo del consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez   |
| 2.  | <b>Nombre del Procurador</b>  | Se colocará el nombre completo del Procurador de la Defensa del Menor y la Familia del SMDIF  |
| 3.  | <b>Fecha de Capacitación para la instauración del Consejo</b>                         | Se colocará la fecha dd/mm/aa, en que se realizó la capacitación del consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez  |
| 4.  | <b>Fecha de instauración del consejo</b>  | Se colocará la fecha dd/mm/aa, en que se instauró el consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez  |
| 5.  | <b>Asuntos a Tratar Durante la Visita</b>   | Se anotaran los acuerdos tomados durante la asesoría del consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez, de acuerdo al cuestionario anexo  |
| 6.  | <b>Acuerdos Tomados para dar Seguimiento en la Siguiete Visita</b>                    | Se anotaran los acuerdos tomados durante la visita de asesoría y seguimiento, mismo que se deberán considerar para la siguiente visita programada, por lo que se deberá agregar fecha probable del cumplimiento y la descripción del compromiso |
| 7.  | <b>Coordinador del Programa Red de Difusores Infantiles del Sistema Municipal DIF</b> | Colocará nombre completo y firma del Coordinador Municipal, responsable del programa de Participación Infantil con la Red de Difusores Infantiles   |

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 8.  | <b>Asesor Técnico (Personal Operativo)</b>                          | Colocará nombre completo y firma del personal operativo del departamento de atención al adolescente, responsable de realizar la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad del programa |
| 9.  | <b>Avala</b>  | Colocará nombre completo, cargo y firma del personal del SMDIF, que avala la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad del programa  |
| 10. | <b>VO. BO. DEL SECRETARIO EL CONSEJO</b>                            | Colocará nombre completo, cargo y firma del secretario del Consejo en el SMDIF, que avala la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad de los consejos                                 |
| 11  | <b>Vo. Bo. Del Jefe del Departamento de Atención al Adolescente</b> | Se colocara el nombre y firma del Jefe del Departamento de atención al Adolescente que avala la cedula de asesoría y seguimiento.   |
| 12. | <b>Sello</b>  | Colocará el sello del SMDIF, que acredita la realización de la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad del programa.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente  
Departamento de Atención al Adolescente



**CEDULA DE ASESORÍA Y SEGUIMIENTO  
PARTICIPACIÓN INFANTIL (RED DE DIFUSORES INFANTILES)**

|  |    |                           |        |
|--|----|---------------------------|--------|
| Municipio: (1)   |    | Fecha de Elaboración: (2) |        |
| Nombre del Asesor Técnico (Personal Operativo): (3)  |    |                           |        |
| Nombre del coordinador del programa de participación Infantil (Red de Difusores) del SMDIF (4) |    |                           |        |
| Asesoría Realizada (5)   | SI | <input type="checkbox"/>  | Porque |
|  | NO | <input type="checkbox"/>  |        |

**Participación infantil (Red de Difusores Infantiles)**

| ASUNTOS A TRATAR DURANTE LA VISITA (6) |  |
|--|--|
| ➤                                      | Elaborar Informe Mensual POA ( ) _____   |
| ➤                                      | Promover las actividades de la Red de Difusores Infantiles (curso-taller) ( ) _____                          |
| ➤                                      | Promover las actividades complementarias de la Red de Difusores ( ) _____                                    |
| ➤                                      | Impartir platicas, conferencias y eventos donde se promueva la convención de los derechos del niño ( ) _____ |
| ➤                                      | Registro de grupos del Programa Participación Infantil ( ) _____   |
| ➤                                      | Difundir el Programa por medio de material de promoción ( ) _____  |
| ➤                                      | Formación de Redes Locales ( ) _____   |

FO201B1J102/219/2013

**Actividades realizadas: manual de participación infantil por el coordinador municipal:**

| Nombre de la comunidad (7) | No. de la Unidad (8) | Sesiones realizadas (9) | Fecha de inicio (10) | Fecha de término (11) | No. de asistentes por sesión (12) |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         | Grupos y total de población (13) |         |              |         |                   |   |
|----------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------|-----------|---------|---------------|---------|-----------|---------|-------------------|---------|-----------|---------|----------------------------------|---------|--------------|---------|-------------------|---|
|                            |                      |                         |                      |                       | Adolescentes                      |         |           |         | Niñas y niños |         |           |         | Padres de familia |         |           |         | Niñas y niños                    |         | Adolescentes |         | Padres de familia |   |
|                            |                      |                         |                      |                       | Alfabetos                         | Cólicas | Alfabetos | Cólicas | Alfabetos     | Cólicas | Alfabetos | Cólicas | Alfabetos         | Cólicas | Alfabetos | Cólicas | Alfabetos                        | Cólicas | Alfabetos    | Cólicas |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       | M                                 | F       | M         | F       | M             | F       | M         | F       | M                 | F       | M         | F       | M                                | F       | M            | F       | M                 | F |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |
|                            |                      |                         |                      |                       |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                  |         |              |         |                   |   |

**Otras actividades:**

| Nombre de la comunidad (14) | Pláticas (15) | Promoción y difusión (16) | Actividades (17) | Otras (18) | No. de asistentes por sesión (19) |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         | Grupos y tipo de población (20) |         |              |         |                   |   |
|-----------------------------|---------------|---------------------------|------------------|------------|-----------------------------------|---------|-----------|---------|---------------|---------|-----------|---------|-------------------|---------|-----------|---------|---------------------------------|---------|--------------|---------|-------------------|---|
|                             |               |                           |                  |            | Adolescentes                      |         |           |         | Niñas y niños |         |           |         | Padres de familia |         |           |         | Niñas y niños                   |         | Adolescentes |         | Padres de familia |   |
|                             |               |                           |                  |            | Alfabetos                         | Cólicas | Alfabetos | Cólicas | Alfabetos     | Cólicas | Alfabetos | Cólicas | Alfabetos         | Cólicas | Alfabetos | Cólicas | Alfabetos                       | Cólicas | Alfabetos    | Cólicas |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            | M                                 | F       | M         | F       | M             | F       | M         | F       | M                 | F       | M         | F       | M                               | F       | M            | F       | M                 | F |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |
|                             |               |                           |                  |            |                                   |         |           |         |               |         |           |         |                   |         |           |         |                                 |         |              |         |                   |   |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Difusor Municipal: (21) |  |
|------------------------------------|--|

| Nombre de la comunidad (22) | Actividades desarrolladas por el Difusor Municipal (23) |          |                      |                   | Beneficiarios (24) |   |              |   |         |   |
|-----------------------------|---|----------|----------------------|-------------------|--------------------|---|--------------|---|---------|---|
|                             | Pláticas  | Desfiles | Promoción y difusión | Otras actividades | Niños              |   | Adolescentes |   | Adultos |   |
|                             |   |          |                      |                   | M                  | F | M            | F | M       | F |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |
|                             |   |          |                      |                   |                    |   |              |   |         |   |

| ACUERDOS PARA DAR SEGUIMIENTO EN LA SIGUIENTE VISITA (25) |             |
|---|-------------|
| Fechas (26)   | Actividades |
|   |             |

**COORDINADOR DEL PROGRAMA PARTICIPACIÓN INFANTIL DEL SMDIF**

**ASESOR TÉCNICO (PERSONAL OPERATIVO)**

**AVALA**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (27)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (28)

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y cargo(29)

**SELLO**

**Vo. Bo. DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE**

\_\_\_\_\_  
SMDIF (30)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (31)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA ACTIVIDAD 003.  
Cedula de asesoría y seguimiento del programa de Participación Infantil.  
(Red de Difusores Infantiles)**

| NO.   | ACTIVIDAD   | DESARROLLO   |
|---|---|--|
| 1.  | <b>Municipio</b>  | Se colocará el nombre del municipio al cual realiza la visita de asesoría y seguimiento  |
| 2.  | <b>Fecha de Elaboración</b>   | Se colocará la fecha en que se realiza la visita de asesoría y seguimiento dd/ mm / aa   |
| 3.  | <b>Nombre del Asesor Técnico (Personal Operativo)</b>   | Se colocará el nombre completo del asesor técnico responsable de realizar la vista de asesoría y seguimiento.  |
| 4.  | <b>Nombre del Coordinador del Programa de Participación Infantil (Red de Difusores) del Sistema Municipal DIF</b> | Se colocara el nombre completo del Coordinador Municipal responsable del programa  |
| 5.  | <b>Asesoría Realizada</b>   | Se indicara si o no fue realizada la visita y porque   |
| 6.  | <b>Asuntos a Tratar Durante la Visita</b>   | Deberá mencionar los asuntos que se abordaran durante la visita  |
| <b>Actividades Realizadas del manual de participación infantil por el coordinador municipal</b> |   |  |
| 7..   | <b>Nombre de la Comunidad</b>   | Se colocará el nombre de la comunidad en la cual se está implementando el Manual de Participación Infantil   |
| 8.  | <b>No. de la Unidad</b>   | Se colocará el número de la unidad que se desarrolla al momento de realizar la visita de asesoría y seguimiento  |
| 9.  | <b>Sesiones realizadas</b>  | Se colocará el número de sesiones llevadas a cabo al momento de realizar la visita de asesoría y seguimiento   |
| 10.   | <b>Fecha de inicio</b>  | Se colocará la fecha en que dio inicio el curso taller del Manual de Participación Infantil  |
| 11.   | <b>Fecha de termino</b>   | Se colocará la fecha en concluyo el curso taller del Manual de Participación Infantil  |
| 12.   | <b>No. de Asistentes por Sesión</b>   | Se colocara el número de asistentes desglosados en población abierta o cautiva, niños, adolescentes o adultos y femenino o masculino según sea el caso |
| 13.   | <b>Grupos y Total de Población</b>  | Se colocara el número de grupo y el total de población atendida, el cual deberá de coincidir con la suma del rubro 14 en cada una de sus secciones     |

| Otras actividades |   |   |
|-------------------|---|---|
| 14.               | <b>Nombre de la Comunidad</b>   | Se colocara el nombre de la comunidad en donde se lleva a cabo la actividad.  |
| 15.               | <b>Platicas</b>   | Se anotará el número de pláticas impartidas   |
| 16.               | <b>Promoción y difusión</b>   | Se anotara el tipo de promoción y difusión que se realiza trípticos, volantes , carteles etc.   |
| 17.               | <b>Actividades</b>  | Se deberá anotar el número y el tipo de actividades realizadas, ya sean recreativas, culturales, sociales, cívicas y deportiva  |
| 18.               | <b>Otras</b>  | Se deberá colocar el nombre de la actividad realizada   |
| 19.               | <b>No. de Asistentes por Sesión</b>   | Se colocara el número de asistentes desglosados en población abierta o cautiva, niños, adolescentes o adultos y femenino o masculino según sea el caso  |
| 20.               | <b>Grupos y Tipo de Población</b>   | Se colocara el número de grupo y el total de población atendida, el cual deberá de coincidir con la suma del rubro 14 en cada una de sus secciones  |
| 21.               | <b>Nombre del Difusor Municipal</b>   | Se colocara el nombre del Difusor Municipal con el cual se está trabajando en el municipio  |
| 22.               | <b>Nombre de la comunidad</b>   | Se colocara el nombre de la comunidad en donde se lleva a cabo la actividad.  |
| 23.               | <b>Actividades Desarrolladas por el Difusor Municipal</b>                             | Se mencionaran las actividades realizadas por el difusor municipal de acuerdo a los rubros correspondientes indicando cantidad de actividades realizadas  |
| 24.               | <b>Beneficiarios</b>  | Se colocara el número de asistentes desglosados en población abierta o cautiva, niños, adolescentes o adultos atendidos por el difusor municipal según sea el caso                              |
| 25.               | <b>Acuerdos Tomados para dar Seguimiento en la</b>                                    | Se anotaran los acuerdos tomados durante la visita de asesoría y seguimiento, mismo que se deberán  |
|                   | <b>Siguiente Visita</b>   | considerar para la siguiente visita programada, por lo que se deberá agregar fecha probable de cumplimiento y la descripción del compromiso   |
| 26.               | <b>Fechas</b>   | Se colocará la fecha probable en que se realizan las actividades en los acuerdos tomados dd/ mm / aa  |
| 27.               | <b>Coordinador del Programa Red de Difusores Infantiles del Sistema Municipal DIF</b> | Colocará nombre completo y firma del Coordinador Municipal, responsable del programa de Participación Infantil con la Red de Difusores Infantiles   |
| 28.               | <b>Asesor Técnico (Personal Operativo)</b>  | Colocará nombre completo y firma del personal operativo del departamento de atención al adolescente, responsable de realizar la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad del programa |
| 29.               | <b>Avala</b>  | Colocará nombre completo, cargo y firma del personal del SMDIF, que avala la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad del programa  |
| 30.               | <b>Sello</b>  | Colocará el sello del SMDIF, que acredita la realización de la visita de asesoría y seguimiento a la operatividad del programa.   |
| 31.               | <b>Vo. Bo. Del Jefe del Departamento de Atención al Adolescente</b>                   | Se colocara el nombre y firma del Jefe del Departamento de atención al Adolescente que avala la cedula de asesoría y seguimiento.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente  
Departamento de Atención al Adolescente



**CAPACITACIÓN PARA LA OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN INFANTIL**  
**RED DE DIFUSORES INFANTILES**  
**REGISTRO DE ASISTENCIA**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Lugar de la capacitación: (1) |  |
| 2. Fecha: (2)                    |  |
| 3. Nombre de capacitador: (3)    |  |

| No. (4) | NOMBRE (5) | MUNICIPIO (6) | PROGRAMAS QUE OPERA (7) | HORA DE LLEGADA (8) | HORA DE SALIDA (9) | FIRMA (10) |
|---------|------------|---------------|-------------------------|---------------------|--------------------|------------|
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |
|         |            |               |                         |                     |                    |            |

FO201B15102/221/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA ACTIVIDAD 001.**  
Capacitación a los Coordinadores Municipales de la Red de Difusores Infantiles para la operación del Manual de Participación Infantil.

| NO. | ACTIVIDAD                       | DESARROLLO  |
|-----|---------------------------------|---|
| 1.  | <b>LUGAR DE LA CAPACITACION</b> | Se colocará el lugar en donde se llevara a cabo la capacitación.  |
| 2.  | <b>FECHA</b>                    | Se colocará la fecha indicando dd/mm/aa, en que se realizo la capacitación del programa   |
| 3.  | <b>NOMBREL DE CAPACITADOR</b>   | Se colocará el nombre y/o nombres de las personas que llevaron a cabo la capacitación   |
| 4.  | <b>No.</b>                      | Se colocara en número progresivo de las personas que asistieron a la capacitación   |
| 5.  | <b>NOMBRE DEL ASISTENTE</b>     | Se colocará el nombre completo de la persona del SMDIF que recibe la capacitación del programa  |
| 6.  | <b>MUNICIPIO</b>                | Se colocará el nombre del Municipio de procedencia de la persona del SMDIF que recibe la capacitación   |
| 7.  | <b>PROGRAMAS QUE OPERA</b>      | Se colocará el nombre de programas de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar que tiene a su cargo en el SMDIF el coordinador que recibe la capacitación del programa |
| 8.  | <b>HORA DE LLEGADA</b>          | Se colocará la hora de llegada de los asistentes a la capacitación  |
| 9.  | <b>HORA DE SALIDA</b>           | Se colocará la hora de salida de los asistentes que acudieron a la capacitación   |
| 10. | <b>FIRMA</b>                    | Se colocará la firma de los asistentes a la capacitación  |







**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA ACTIVIDAD 006.**

Organizar Eventos para la difusión de la Convención de los Derechos de los Niños.

| NO. | ACTIVIDAD           | DESARROLLO  |
|-----|---------------------|---|
| 1.  | SEDE                | Se colocará el nombre del municipio sede del evento a realizar              |
| 2.  | FECHA               | Se colocará la fecha indicando dd/mm/aa, en que fue realizada el evento     |
| 3.  | NOMBRE DEL EVENTO   | Se colocará el nombre que tendrá el evento a realizar                       |
| 4.  | AREA RESPONSABLE    | Se colocará el nombre del área responsable del evento a realizar            |
| 5.  | No.                 | Se colocará el número progresivo de las personal que asistieron al evento.  |
| 6.  | NOMBRE              | Se colocará el nombre completo de la persona del SMDIF que asiste al evento |
| 7.  | DEPENDENCIA Y CARGO | Se colocará el cargo y dependencia a la que pertenece                       |
| 8.. | MUNICIPIO           | Se colocará el nombre Municipio que asiste al evento                        |
| 9.  | FIRMA               | Se colocará firma de aceptación asistencia al evento                        |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente  
Departamento de Atención al Adolescente



**CAPACITACIÓN PARA LA INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE CONSEJOS MUNICIPALES PARA LA PROTECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

|   |                  |                |  |
|---|------------------|----------------|--|
| Municipio que recibe capacitación: (1)              |                  |                |  |
| Fecha: (2)  |                  |                |  |
| Tipo de capacitación (3)                            | Instalación: (4) | Operación: (5) |  |
| Nombre y cargo de quien imparte la capacitación (6) |                  |                |  |

| No. (7) | NOMBRE (8) | DEPENDENCIA Y CARGO (9) | FIRMA (10) |
|---------|------------|-------------------------|------------|
|         |            |                         |            |
|         |            |                         |            |
|         |            |                         |            |
|         |            |                         |            |
|         |            |                         |            |
|         |            |                         |            |
|         |            |                         |            |

SELLO

SMDIF (11)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA ACTIVIDAD 005.**
**Capacitación a los Consejos Municipales de Protección y Vigilancia sobre la Convención de los Derechos de la Niñez**

| NO. | ACTIVIDAD   | DESARROLLO   |
|-----|---|--|
| 1.  | <b>MUNICIPIO QUE RECIBE CAPACITACION</b>                    | Anotar nombre del municipio que recibe la capacitación del consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez   |
| 2.  | <b>FECHA</b>  | Anotar fecha en que se lleva a cabo la capacitación al consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez   |
| 3.  | <b>TIPO DE CAPACITACION</b>                                 | Se colocara una "X" según se trate de instauración u operación para la operación de los consejos municipales   |
| 4.  | <b>NOMBRE Y CARGO DEL PERSONAL QUE IMPARTE CAPACITACION</b> | Se anotará el nombre completo y cargo del personal que imparte el la capacitación a consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez                        |
| 5.  | <b>No.</b>  | Se anotará el numero progresivo en la lista de asistencia  |
| 6.  | <b>NOMBRE</b>   | Colocar el nombre completo del personal que recibe la capacitación del consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez                                     |
| 7.  | <b>DEPENDENCIA Y CARGO</b>                                  | En este apartado se deberá colocar la dependencia a la cual pertenece, así como el cargo que   |
| 8.  | <b>FIRMA</b>  | Se firmará para comprobar la asistencia  |
| 9.  | <b>SELLO</b>  | Al final de la capacitación del consejo municipal para la protección y vigilancia de los derechos de la niñez, el personal que imparte la capacitación deberá recabar el sello del SMDIF |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir el servicio solicitado.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**
**Población en general:**

- a) Asistir cuando menos al 70% de las sesiones del curso-taller.
- b) Asumir el compromiso de ser promotor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- c) Promover los valores de equidad, democracia, tolerancia y amor a la patria fuera y al interior de los Consejos Municipales.

**SMDIF:**

- a) Enviar mediante oficio la designación del Coordinador Municipal, quien será el responsable de operar el programa Red de Difusores Infantiles.
- b) Asistir al 100% de las actividades a que sea convocado.
- c) Entregar en tiempo y forma la documentación solicitada por el DIFEM.
- d) Instaurar el Consejo Municipal para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

**7.7 Causas de incumplimiento**

La inobservancia de cualquiera de los requisitos y obligaciones a que está sujeto el usuario.

**7.8 Sanciones**
**Población en general:**

- a) Cuando no se cumpla con al menos el 70% de la asistencia requerida se cancelará el servicio.

**SMDIF:**

- a) El DIFEM a través de la Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente, determinará la suspensión o cancelación del servicio al coordinador municipal con base en las supervisiones realizadas.

### 7.9 Contraprestación del usuario

#### Población en general:

- a) Asumir el compromiso de ser promotor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- b) Promover los valores de equidad, democracia, tolerancia y amor a la patria.

#### SMDIF:

- a) Comprometerse asistir al 100 % de los cursos de capacitación a que sea convocado.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

#### Capacitación a los Coordinadores Municipales de la Red de Difusores Infantiles para la operación del Manual de Participación Infantil

- a) Las niñas, niños y adolescentes deberán solicitar el servicio en las oficinas del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM, o bien en el SMDIF de su municipio.
- b) Por su parte los SMDIF deberán solicitar el servicio mediante oficio en la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM, en el cual nombrarán a un coordinador municipal, quien será el encargado de operar la Red de Difusores Infantiles en su municipio.
- c) Se llevará a cabo el curso-taller únicamente en las fechas y horarios establecidos, iniciando con la formación de grupos de niñas, niños y adolescentes.
- d) A través de la aplicación del Curso-Taller de Participación Infantil para la Difusión de los Derechos de la Niñez, se ofrecerá información y promoción así como actividades recreativas, culturales, cívicas, sociales y proyectos comunitarios.
- e) Los usuarios del servicio deberán asistir cuando menos al 70% de las sesiones programadas.
- f) El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM llevará a cabo la capacitación de coordinadores municipales cuatro veces por año.
- g) El Departamento Atención al Adolescente del DIFEM junto con el SMDIF, llevarán a cabo la planeación de las actividades del Difusor Infantil Estatal.
- h) El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM brindará asesoría a los Coordinadores de los SMDIF durante la realización de visitas de supervisión y seguimiento a las acciones realizadas en cada municipio.
- i) El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM llevará a cabo la capacitación de los Consejos Municipales de Protección y Vigilancia de los Derechos de la Niñez, cuando el SMDIF los solicite (previa calendarización).
- j) El Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM llevará a cabo eventos para la promoción de la Convención de los Derechos de la Niñez, en donde podrán asistir los SMDIF que lo soliciten (previa calendarización).

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Participación Infantil (Red de Difusores Infantiles)".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente, así como los Coordinadores Municipales de los SMDIF.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

### Corresponde al DIFEM a través del Departamento de Atención al Adolescente:

- a) Brindar capacitación a los Coordinadores Municipales de la Red de Difusores Infantiles para la operación del Manual de Participación Infantil.
- b) Difundir entre los SMDIF el programa de la Red de Difusores Infantiles.
- c) Capacitar a los Coordinadores Municipales en la operación del programa para que lo repliquen a su vez en los municipios.
- d) Ofrecer el apoyo de pláticas y conferencias a los SMDIF que lo soliciten con un tiempo de anticipación de 15 días hábiles.
- e) Proporcionar al SMDIF, el formato de Registro Capacitación, Conferencia, Plática y/o Curso-Taller Impartido.
- f) Proporcionar en calidad de préstamo al SMDIF, material bibliográfico y videográfico.
- g) Elaborar de manera conjunta con el Coordinador Municipal las actividades del Difusor Infantil Estatal para la promoción de los Derechos de la Niñez.

- h) Realizar visitas periódicas a los SMDIF a fin de brindar asesoría y seguimiento a las actividades programadas sobre la participación infantil.
- i) Capacitar al personal designado en la instauración y operación de los Consejos Municipales para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- j) Realizar eventos de promoción de la Convención de los Derechos de la Niñez.

**Corresponde a los SMDIF:**

- a) Entregar el oficio de presentación y/o nombramiento de la persona que fungirá como Coordinador de la operación del programa Participación Infantil (Red de Difusores Infantiles) al Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM.
- b) Entregar Acta de Instauración y oficio de capacitación para la operación de Consejos Municipales para la Protección y Vigilancia de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

El coordinador municipal deberá:

- c) Elaborar el Programa Operativo Anual Municipal, en el que se programará y reportará el avance mensual de las actividades del programa Participación Infantil (Red de Difusores Infantiles).
  - a. Promocionar en las diferentes comunidades del municipio con población vulnerable, las actividades informativo-formativas y complementarias (culturales, recreativas, deportivas, cívicas y sociales) que permitan la atención de las niñas, niños y adolescentes.
- d) Promover la creación de convenios de colaboración con instituciones de salud y de asistencia social gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de proporcionar una atención integral a las niñas, niños y adolescentes.
- e) Cumplir en tiempo y forma con los cursos, pláticas, simposios, conferencias y otros eventos que el Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM organice.
- f) Difundir el Servicio de Orientación Sicológica (S.O.S.) al interior del municipio.
- g) Elaborar y llenar el registro de grupos conformados del programa Participación Infantil (Red de Difusores Infantiles), para posteriormente ser entregados en original, al Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM.
- h) Difundir el programa Red de Difusores Infantiles por medio de trípticos, volantes, carteles, pláticas, mantas, pinta de bardas, separadores, etc.
- i) Implementar y trabajar con las niñas, niños y adolescentes proyectos comunitarios.
- j) Promocionar de manera conjunta con el Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM las actividades del Difusor Estatal sobre la promoción de los Derechos de la Niñez.
- k) Recibir en tiempo y forma al personal de asesoría del Departamento de Atención al Adolescente del DIFEM, que realiza las visitas de asesoría y seguimiento de las actividades desarrolladas en el programa de acuerdo a la calendarización previamente establecida.
- l) Brindar las facilidades para recibir la capacitación para la instauración y operación de los Consejos Municipales de Protección y Vigilancia de los Derechos de la Niñez al personal que se hará cargo de este consejo.
- m) Asistir a los eventos de promoción de la Convención de los Derechos de la Niñez a que sean convocados.

**10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica

**11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

**12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

**13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS.**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Red de Difusores Infantiles, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ATENCIÓN A POBLACIÓN  
EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**

**I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Dar atención a las situaciones presentadas por desastres naturales y las creadas por el hombre, implementando mecanismos que inserten a la población civil de la entidad, en la cultura de la prevención, con el fin de evitar que la atención en situaciones de desastre sea improvisada y por consiguiente desarticulada y poco eficiente.

## 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Usuarios:** A los habitantes del Estado de México que forman parte de la población atendida.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo General

Mantener permanentemente acciones preventivas y de auxilio destinadas a salvaguardar la integridad física de los habitantes del territorio estatal, además de asegurar el funcionamiento de los servicios ante la ocurrencia de un desastre.

### 3.2 Objetivos específicos

- Coordinar y promover una cultura de prevención en situaciones de desastre en la entidad.
- Fortalecer la intervención de los SMDIF con la población en riesgo o en situaciones de emergencia en un marco de corresponsabilidad con Protección Civil.
- Sensibilizar a la población civil para lograr su participación organizada y comprometida en la cultura de la prevención.
- Desarrollar la capacidad de respuesta en los diferentes niveles de gestión.

## 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Coordinadores Municipales Operativos del Programa de APCE.

## 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

## 6. SERVICIO

### 6.1 Tipo de servicio

Promoción de una cultura de prevención en situaciones de desastre por medio de capacitaciones.

### 6.2 Monto del servicio

La capacitación es gratuita.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia

Las capacitaciones otorgadas son permanentes a los Comités Municipales.

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

Se otorga a todos los municipios de la entidad.

### 7.3 Criterios de priorización

Para recibir capacitaciones no se establecen criterios de priorización, se atiende a todos los municipio de la entidad por igual.

### 7.4 Formatos

No aplica

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir capacitación para situaciones de emergencia.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Asistir puntualmente a las capacitaciones programadas.

### 7.7 Causas de incumplimiento

- a) No asistir puntualmente a las capacitaciones programadas.



## 7.8 Sanciones

- a) No se entregará constancia al usuario si presenta menos del 70% de asistencias a las capacitaciones programadas.

## 7.9 Contraprestación del usuario

- a) Presentarse en la fecha y hora programadas para recibir la capacitación.

## 7.10 Procedimientos para la entrega del servicio

- a) La Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM establecerá el calendario anual para capacitar a los Coordinadores Municipales.
- b) Con el apoyo de los Coordinadores Regionales del DIFEM, la Subdirección de Servicios Comunitarios dará a conocer el calendario de capacitaciones a los SMDIF.
- c) Las personas designadas por el SMDIF para acudir a las capacitaciones deberán presentarse en la fecha, lugar y horario programados por la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM.
- d) Se entregará constancia de participación a los usuarios que hayan cubierto al menos el 70% de la asistencia a la capacitación.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Atención a Población en Condiciones de Emergencia (APCE)".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Servicios Comunitarios.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Las instancias participantes preverán los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que sus acciones no se contrapongan o afecten con otros programas de desarrollo social o acciones de gobierno.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación DIFEM, serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### I. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.

c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Atención a Población en Condiciones de Emergencia (APCE) publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
FOMENTO A LA INTEGRACIÓN FAMILIAR**

**1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Promoción de estrategias preventivo-educativas a través de la impartición de cursos, talleres y pláticas que aporten y refuercen conocimientos para evitar la desintegración familiar, problemáticas de pareja, falta de comunicación efectiva y conflictos familiares entre otros. Está dirigido a padres de familia, tutores, parejas, profesores y público en general.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**3. OBJETIVOS**

**3.1 Objetivo General**

Fomentar una cultura de integración familiar mediante acciones preventivo-educativas que permitan al individuo establecer proyectos de vida eficaces.

### 3.2 Objetivos Específicos

- Contribuir en el fortalecimiento de la integración familiar mediante estrategias que permitan mejorar la comunicación efectiva, desarrollar la tolerancia, prevención de problemas derivados de las adicciones, la violencia intrafamiliar y de los trastornos emocionales y conductuales.
- Promover un sentimiento mutuo de reconocimiento y valoración generando el espacio y las condiciones necesarias que favorezcan el crecimiento y desarrollo personal de los individuos que integran el núcleo familiar.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Padres de familia, tutores, parejas, profesores y público en general que manifiesten dudas, inquietudes y problemáticas en su entorno biopsicosocial, habitantes del Estado de México, así como los Coordinadores de los SMDiF, responsables de operar el programa de Fomento a la Integración Familiar.

### 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

- **Escuela de Orientación para Padres:** Dirigido a padres, madres de familia y/o tutores. Conformado por 8 sesiones de 2 horas a la semana de acuerdo a las características y necesidades de los participantes. Al finalizar se entrega constancia de participación.

Entre los temas, que se abordan:

- . La familia
- . Comunicación
- . Desarrollo normal y patológico
- . Desarrollo de habilidades de buen trato
- . Autoestima
- . Sexualidad
- . Adulto Mayor
- . Violencia familiar
- . Adicciones
- . Desintegración Familiar
- . Proyecto de vida

- **Talleres Preventivos-Educativos:** Dirigido a padres, madres de familia y/o tutores a través de instituciones educativas públicas o privadas. Conformado por 3 a 4 sesiones de 2 horas a la semana con grupos de entre 15 y 30 personas.

Entre los temas que se abordan:

- . Familia
- . Organización Familiar
- . Violencia intrafamiliar
- . Autoestima
- . Guía para distintas etapas de la vida
- . Sexualidad
- . Desintegración Familiar

- **Pláticas:** Se impartirán en instituciones educativas públicas y privadas que soliciten el servicio. Tienen una duración de 2 horas, en las cuales se abordan temas de familia de acuerdo a las necesidades y características de los padres de familia.
- **Capacitación y Asesoría a Coordinadores Municipales del Programa de Fomento a la Integración Familiar:** Se proporcionará información sobre la operatividad de las acciones propuestas por el Departamento de Integración Familiar del DIFEM, para el fomento de la integración familiar en los municipios de la entidad. Se otorga por solicitud del SMDiF a los coordinadores designados.

#### 6.2 Monto del servicio

El servicio que se brinda a través de ésta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM, sin embargo, los SMDiF podrán determinar si aplican alguna cuota de recuperación.



**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**LISTA DE ASISTENCIA**

| No. | CAMPO   | DESCRIPCIÓN  |
|-----|---|--|
| 1   | Municipio   | Anotar el nombre del municipio al cual se asiste a impartir la plática, taller o curso.                |
| 2   | Fecha   | Anotar el día, mes y año en el que se imparte la plática, taller o curso.                              |
| 3   | Escuela   | Marcar con una X si la plática corresponde a Escuela para Padres.                                      |
| 4   | Taller  | Marcar con una X si la plática corresponde a Taller.   |
| 5   | Plática   | Marcar con una X si la plática corresponde a Población Abierta.  |
| 6   | Número de Sesión                                  | Colocar el número de sesión correspondiente, en caso de escuela o taller.                              |
| 7   | Tema  | Anotar el nombre del tema impartido.   |
| 8   | Dependencia que lo solicita                       | Colocar el nombre de la Dependencia que solicita la impartición de la plática, taller y/o curso.       |
| 9   | Nombre del Instructor                             | Anotar el nombre completo de la persona encargada de impartir la plática, taller y/o curso.            |
| 10  | Número progresivo                                 | Colocar el número de forma progresiva de los participantes de la plática, taller y/o curso.            |
| 11  | Nombre del Participante                           | Anotar el nombre completo del participante.  |
| 12  | Dirección   | Colocar el domicilio del participando: Calle, número y Colonia.  |
| 13  | Teléfono  | Colocar el número telefónico de los participantes  |
| 14  | Firma   | Solicitar colocar la firma de cada uno los participantes a fin de avalar que es la población atendida. |
| 15  | Nombre, firma y sello de la Autoridad Responsable | Anotar nombre y firma del personal Municipal que recibe y avala la visita.                             |
| 16  | Nombre y Firma del Instructor                     | Colocar el nombre y firma de la persona responsable de impartir la plática, taller y/o curso.          |
| 17  | Vo. Bo. del Jefe de Departamento                  | Vo. Bo. nombre y firma del Jefe de Departamento de Integración Familiar..                              |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
 Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
 Subdirección de Atención a la Familia  
Dependencia de la Secretaría de Desarrollo Social



**RELACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ No. de escuela \_\_\_\_\_ Participantes: (2) Inicial \_\_\_\_\_ Final \_\_\_\_\_  
 No. de Taller \_\_\_\_\_ Participantes: (3) Inicial \_\_\_\_\_ Final \_\_\_\_\_  
 Lugar de impartición: (4) \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: (5) \_\_\_\_\_ Fecha de término: (6) \_\_\_\_\_

| N/P | Nombre: (7)<br>Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) | Edad:<br>(8) | Sexo:<br>(9) | Escolaridad: (10) | E. do. Civil:<br>(11) | No. de hijos:<br>(12) | Ocupación:<br>(13) | Dirección: (14) | Teléfono:<br>(15) |
|-----|--|--------------|--------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| 1   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 2   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 3   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 4   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 5   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 6   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 7   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 8   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 9   |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 10  |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 11  |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 12  |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 13  |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |
| 14  |  |              |              |                   |                       |                       |                    |                 |                   |

**Nota:** Entregar copia impresa con información completa a DIFEM (se recomienda entregar también en medio magnético.)

OPERATIVO DEL PROGRAMA INFAM

PRESIDENTE (A) DEL SMDIF

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (16)

\_\_\_\_\_  
SELLO (17)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (18)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**RELACION DE BENEFICIARIOS**

| No. | CAMPO  | DESCRIPCIÓN   |
|-----|--|---|
| 1   | Municipio  | Anotar el nombre del municipio del cual se reporta información.   |
| 2   | No. participantes Inicial y Final de Escuela                                     | Anotar el número de participantes al inicio y al final.   |
| 3   | No. participantes Inicial y Final de Talleres                                    | Anotar el número de participantes al inicio y al final.   |
| 4   | Lugar de Impartición   | Anotar el nombre del lugar en donde se trabaja.   |
| 5   | Fecha de inicio  | Registrar el día, mes y año de inicio de la actividad.  |
| 6   | Fecha de Término   | Registrar el día, mes y año de termino de la actividad.   |
| 7   | Nombre   | Anotar el nombre y los apellidos completos de los participantes.  |
| 8   | Edad   | Anotar el número de años cumplidos del participante.  |
| 9   | Sexo   | Colocar una F si corresponde a género femenino y una M si corresponde a género masculino.                               |
| 10  | Escolaridad  | Colocar el nivel de estudios con que cuenta el participante.  |
| 11  | Estado Civil   | Anotar el estado civil.   |
| 12  | Número de hijos  | Registrar el número de hijos que integran la familia.   |
| 13  | Ocupación  | Anotar la actividad a la que se dedica el participante.   |
| 14  | Dirección  | Colocar el domicilio del participando: Calle, número y Colonia.   |
| 15  | Teléfono   | Registrar el número telefónico donde se pueda localizar a la persona que asiste.  |
| 16  | Nombre y firma de Personal DIFEM.  | Colocar el nombre y la firma del personal operativo del Sistema Municipal DIF que avala la información.                 |
| 17  | Sello del Sistema DIF Municipal  | Colocar el Sello del Sistema Municipal DIF o equivalente.   |
| 18  | Nombre y firma de la Presidenta del Sistema Municipal DIF o Autoridad Municipal. | Colocar el nombre y la firma de la Presidenta del Sistema Municipal DIF o autoridad municipal que avala la información. |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención a la Familia  
Circulatorio del Participante en Familia



**REPORTE DE ESCUELA PARA PADRES**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ No.: (2) \_\_\_\_\_ Fecha: (3) \_\_\_\_\_ Reporte del mes de: (4) \_\_\_\_\_

| Dirección y Localidad: (5)            | Fecha de Inicio: (6) | Personas Inscritas: (7)               | Sesiones: (8) |                     | Promedio de asistencia en el mes: (9) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Clausura: (10) |                        |                                      |  |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------|---------------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------------|--|
|                                       |                      |                                       | Días          | Horario             | E                                     | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | Fecha          | Personas que concluyen |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
|                                       |                      |                                       |               |                     |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        |                                      |  |
| Total de escuelas dadas de alta: (11) |                      | Total de beneficiados al inicio: (12) |               | Total Mensual: (13) |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                        | Total de beneficiados al final: (14) |  |

OPERATIVO DEL PROGRAMA INFAM

PRESIDENTE DEL SMDIF

Nombre y firma (15)

SELLO (16)

Nombre y firma (17)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**REPORTE DE ESCUELA PARA PADRES**

| No. | CAMPO   | DESCRIPCIÓN   |
|-----|---|---|
| 1   | Municipio   | Anotar el nombre del municipio del cual se reporta información.   |
| 2   | No.   | Colocar el número correspondiente al Municipio.   |
| 3   | Fecha   | Colocar el día, mes y año en que se elabora el informe.   |
| 4   | Reporte del mes de  | Anotar el nombre del mes al que corresponde el informe.   |
| 5   | Localidad y Dirección   | Registrar el nombre de la comunidad en donde se implementan las Escuelas para Padres, además de anotar el nombre de la calle y número del lugar en donde se imparte la Escuela para Padres.         |
| 6   | Fecha de inicio   | Anotar el día, mes y año en el que inician las actividades.   |
| 7   | Personas Inscritas  | Anotar el número de personas que se inscriben a la Escuela para Padres.   |
| 8   | Sesiones  | Anotar el o los días y el horario de atención de Escuela para Padres.   |
| 9   | Promedio de asistencia en el mes  | Anotar con número el promedio de asistencia a la Escuela para Padres (resulta de sumar las cantidades referentes a la asistencia, y el resultado se divide entre el número de sesiones impartidas). |
| 10  | Clausura  | Colocar la fecha en que se concluyen las actividades, así como el número de personas que concluyen.   |
| 11  | Totales de escuelas   | Anotar el número de Escuelas para Padres dadas de alta en el mes.   |
| 12  | Total de número de beneficiados inicio  | Anotar el total de personas inscritas.  |
| 13  | Totales mensuales   | Colocar con número, la suma total de personas que asisten a Escuela para Padres por mes.  |
| 14  | Total de número de beneficiados final   | Anotar el número total de personas que concluyen las actividades.   |
| 15  | Nombre y firma del operativo INFAM  | Colocar el nombre y la firma del personal operativo del Sistema Municipal DIF que avala la información.   |
| 16  | Nombre y firma de la Presidenta del Sistema Municipal DIF o Autoridad Municipal | Colocar el nombre y la firma de la Presidenta del Sistema Municipal DIF que avala la información.   |
| 17  | Sello del Sistema DIF Municipal   | Colocar el Sello del Sistema Municipal DIF o equivalente.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención a la Familia  
Calle Insurgentes Sur No. 1400, México D.F.



**REPORTE DE TALLERES PREVENTIVOS EDUCATIVOS PARA PADRES**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ No.: (2) \_\_\_\_\_ Fecha: (3) \_\_\_\_\_ Reporte del mes de: (4) \_\_\_\_\_

| Dirección y Localidad: (5)         | Fecha Inicio: (6)         | Personas inscritas: (7)    | Sesiones: (8)   |             | Promedio de asistencia en el mes: (9) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Clausura: (10) |                           |  |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|-------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---------------------------|--|
|                                    |                           |                            | Días            | Horario     | E                                     | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | Fecha          | Personas que concluyen    |  |
|                                    |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
|                                    |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
|                                    |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
|                                    |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
| Totales de altas de Talleres: (11) | Total Beneficiarios: (12) | Totales Mensuales: (13)    |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | Total Beneficiarios: (14) |  |
| Otras acciones: (15)               | Número: (16)              | No. de Beneficiarios: (17) | Localidad: (18) | Fecha: (19) |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
| Orientaciones                      |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
| Canalizaciones                     |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |
| Promociones                        |                           |                            |                 |             |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |                           |  |

**Nota:** Entregar información completa y reportar temas impartidos en el formato de reporte de temas

OPERATIVO DEL PROGRAMA INFAM

PRESIDENTE (A) DEL SMDIF

Nombre y firma (20)

SELLO (21)

Nombre y firma (22)





**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**REPORTE DE TEMAS IMPARTIDOS EN ESCUELAS, TALLERES Y PLÁTICAS**

| No. | CAMPO  | DESCRIPCIÓN   |
|-----|--|---|
| 1   | Municipio  | Anotar el nombre del municipio del cual se reporta información.   |
| 2   | No.  | Colocar el número correspondiente al Municipio.   |
| 3   | Fecha  | Colocar el día, mes y año en que se elabora el informe.   |
| 4   | Escuela  | Marcar con una X si el tema impartido corresponde a Escuela para Padres.  |
| 5   | Taller   | Marcar con una X si el tema impartido corresponde a Taller Preventivo-Educativo.  |
| 6   | Plática  | Marcar con una X si el tema impartido corresponde a plática ocasional.  |
| 7   | Localidad  | Colocar el nombre de la localidad en donde se implementa la acción.   |
| 8   | Día  | Colocar la fecha en que se concluyen las actividades, así como también el número de personas que concluyen las actividades. |
| 9   | Tema   | Anotar el nombre del tema impartido.  |
| 10  | Asistentes   | Anotar el número de asistencia  |
| 11  | Subtotales   | Registrar el número total de personas que asisten a la impartición de cada tema.  |
| 12  | Suma total de pláticas   | Anotar el número total de pláticas impartidas en el mes.  |
| 13  | Suma total de asistentes   | Anotar el número total de pláticas impartidas en el mes.  |
| 14  | Nombre y firma del operativo INFAM   | Colocar el nombre y la firma del personal operativo del Sistema Municipal DIF que avala la información.                     |
| 15  | Sello del Sistema DIF Municipal  | Colocar el Sello del Sistema Municipal DIF o equivalente.   |
| 16  | Nombre y firma de la Presidenta del Sistema Municipal DIF o Autoridad Municipal. | Colocar el nombre y la firma de la Presidenta del Sistema Municipal DIF que avala la información.                           |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

Población en General:

- a) Solicitar por escrito el servicio.
- b) Conformar los grupos y convocar a los asistentes para que se les otorgue el servicio solicitado.
- c) Proporcionar las instalaciones adecuadas para la prestación del servicio.
- d) Proporcionar la información que le sea requerida.
- e) Asistir de manera regular al número de sesiones del curso o taller al que se haya inscrito.

SMDIF:

El coordinador del programa en el SMDIF deberá:

- a) Acudir a los cursos de capacitación a los que se le convoque.
- b) Cumplir en tiempo y forma con la entrega de la información que le sea solicitada.
- c) Otorgar el servicio en su municipio de acuerdo a la normatividad que para tal efecto le indique el Departamento de Integración Familiar del DIFEM.

### 7.7 Causas de incumplimiento

Población en General:

- a) Cuando no se hayan formado los grupos o no se convoque a los asistentes para que se les otorgue el servicio.
- b) Cuando no asistan de manera regular al número de sesiones del curso o taller al que se hayan inscrito.

Cuando el coordinador del programa en el SMDIF:

- a) No asista a los cursos o reuniones a que sea convocado.
- b) No entregue en tiempo y forma la información requerida.

### 7.8 Sanciones

Población en General:

- a) Cuando no se hayan formado los grupos con el mínimo de participantes requerido para llevar a cabo las sesiones, se suspenderá el servicio.

SMDIF:

- b) Se retendrá o cancelará el servicio en caso de que se presentara alguna de las causas de incumplimiento mencionadas anteriormente y la retención o cancelación será determinada por el Subdirector de Atención a la Familia del DIFEM.

### 7.9 Contraprestación del usuario

El cumplimiento de las obligaciones a que está sujeto.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

Población en General:

- a) Las instituciones educativas públicas o privadas deberán solicitar el servicio mediante escrito dirigido al Departamento de Integración Familiar del DIFEM o bien al SMDIF de su municipio, el cual deberá indicar el tipo de servicio solicitado, el número de personas a quien va dirigido, así como el lugar en el que se pretende llevar a cabo.
- b) El público en general deberá acudir a solicitar el servicio en las oficinas del Departamento de Integración Familiar del DIFEM o al SMDIF que le corresponda.
- c) El Departamento de Integración Familiar del DIFEM o en su caso el SMDIF de acuerdo a la disponibilidad informarán por escrito al solicitante la fecha, hora y lugar para otorgar el servicio requerido.
- d) En su caso el Departamento de Integración Familiar del DIFEM o el SMDIF realizarán la convocatoria correspondiente para conformar los grupos para impartir el curso de "Escuela de Orientación para Padres" y "Talleres Preventivos Educativos".
- e) El DIFEM a través del Departamento de Integración Familiar o en su caso el SMDIF, dispondrá de personal facultado y capacitado para otorgar el servicio a los solicitantes.
- f) En el curso "Escuela de Orientación para Padres" se entregará constancia de participación a los usuarios que hayan cubierto el 80% de asistencia.
- g) El servicio podrá otorgarse las veces que se requiera (sujeto a agenda).

SMDIF:

- a) La Presidenta del SMDIF deberá designar mediante escrito dirigido al Departamento de Integración Familiar del DIFEM al Coordinador del programa de Fomento a la Integración Familiar.
- b) El Departamento de Integración Familiar del DIFEM brindará la capacitación y asesoría necesaria a los coordinadores municipales designados para la correcta operatividad del programa de Fomento a la Integración Familiar en sus municipios.
- c) El DIFEM a través del Departamento de Integración Familiar, dispondrá de personal facultado y capacitado para otorgar el servicio a los solicitantes.
- d) El Departamento de Integración Familiar del DIFEM de acuerdo a la disponibilidad informará por escrito al solicitante la fecha, hora y lugar para otorgar el servicio requerido.
- e) El servicio podrá otorgarse a los interesados tantas veces como lo requieran.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Fomento a la Integración Familiar".

### 8.2 Instancia ejecutora

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México a través del Departamento de Integración Familiar y los coordinadores de los SMDIF.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde al DIFEM:

- a) Promover entre los SMDIF el programa de Fomento a la Integración Familiar.
- b) Disponer del personal facultado y capacitado para brindar asesoría y capacitación a los coordinadores municipales.
- c) Proporcionar la asesoría necesaria a los coordinadores municipales a efecto de operar correctamente el programa de Fomento a la Integración Familiar en sus municipios.

- d) Disponer del personal facultado y capacitado para brindar el servicio a la población que lo solicite.
- e) Dar seguimiento a las acciones llevadas a cabo en el SMDIF respecto del programa de Fomento a la Integración Familiar.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Designar mediante oficio al coordinador municipal del programa de Fomento a la Integración Familiar y hacerlo del conocimiento del titular del Departamento de Integración Familiar del DIFEM.
- b) Brindar las facilidades requeridas para que el coordinador municipal asista en tiempo y forma a las reuniones a las que sea convocado por el Departamento de Integración Familiar del DIFEM.
- c) Entregar en tiempo y forma la información que le sea requerida por el titular del Departamento de Integración Familiar del DIFEM.
- d) Brindar el servicio del programa de Fomento a la Integración Familiar que le sea requerido por la población en su municipio.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**MARCOS ZAMORA SARABIA**

DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**

DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**

JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Fomento a la Integración Familiar publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
JORNADAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Otorgamiento de atención médica y odontológica de primer nivel de atención con calidad y calidez, beneficiando a la población con consultas y en su caso medicamento.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Jornada.-** A las Jornadas Médico Odontológicas.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Mejorar la atención médico odontológica preventiva y curativa a la población carente de asistencia social en las comunidades, áreas rurales y suburbanas del Estado de México, a través de las Unidades Móviles del DIFEM.

**3.2 Objetivos específicos**

- Otorgar atención primaria a la salud.
- Fomentar la prevención de enfermedades, incorporando programas de nutrición, higiene materno infantil, dental.
- Otorgar atención médico odontológica, bajo un esquema que tienda a reducir un impacto en las comunidades, procurando que la unidad móvil médico odontológica, permanezca el tiempo necesario para cubrir la demanda poblacional, a fin de satisfacer las carencias en materia de salud.

**4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Los 125 SMDIF, instituciones públicas y/o asociaciones civiles, quienes deberán realizar una Jornada médico odontológica en su municipio para atender a los habitantes del Estado de México que viven en condiciones de pobreza y que carecen de servicios médico asistenciales.

**5. COBERTURA**

El programa opera en los 125 municipios del Estado de México, dando prioridad a las localidades de zonas rurales y urbano marginadas.

**6. SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

Traslado de unidad móvil médico odontológica del DIFEM para el otorgamiento de:

- Consulta Médica





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



REPORTE DE CONSULTA ODONTOLÓGICA Y RELACIÓN DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS EN JORNADAS MÉDICAS

Municipio: (1) Localidad: (2) Unidad Móvil: (3) Fecha: (4)

Table with columns for patient number, sex, age, diagnosis, dental condition, and various dental treatments.

ODONTÓLOGO RESPONSABLE

Nombre y Firma (15)

FO201B15500/130/2012

7.5 Derechos de los usuarios

Los SMDIF, instituciones públicas y/o asociaciones civiles:

- a) Recibir el apoyo de la unidad móvil médico odontológica para el desarrollo de la Jornada Médico Odontológica en el municipio.
b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

Población en general:

- a) Recibir Consulta Médica u Odontológica de primer nivel.
b) Recibir gratuitamente en su caso medicamentos del cuadro básico.
c) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

7.6 Obligaciones de los usuarios

Los SMDIF, instituciones públicas y/o asociaciones civiles, deberán:

- a) Conformar la Jornada Médico Odontológica en el municipio.
b) Convocar a la población a la Jornada Médico Odontológica.
c) Permanecer con el personal de la unidad móvil médico odontológica del DIFEM durante toda la Jornada.

Población en general:

- a) Conducirse con veracidad en los datos que proporcioné al momento de su atención.
b) Hacer buen uso de los medicamentos recibidos, los cuales no podrán en ningún caso, vender, intercambiar, donar, o cualquier otro análogo.

7.7 Causas de incumplimiento

La no observancia de cualquiera de los requisitos u obligaciones a que esta sujeto el usuario.

7.8 Sanciones

Cancelación

SMDIF, instituciones públicas y/o asociaciones civiles:

- a) Cuando no se envíe en tiempo y forma la documentación solicitada para la realización de la Jornada Médico Odontológica.

- b) Cuando el lugar designado para la instalación de la unidad móvil no sea el apropiado.

Población en general:

- c) Cuando proporcione información falsa para recibir el servicio.

### **7.9 Contraprestación del beneficiario**

- a) Presentarse en la fecha y hora programadas para la realización de la Jornada Médico Odontológica.

### **7.10 Procedimientos para la entrega del servicio**

- a) Se solicitará la unidad móvil médico odontológica mediante oficio dirigido al titular de la Dirección General del DIFEM o al de la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM, especificando nombre del municipio y de la localidad a atender.
- b) El solicitante deberá nombrar mediante oficio a un responsable que acompañará al personal de la unidad móvil médico odontológica el día de la Jornada Médico Odontológica, mismo que deberá enviarse a la Subdirección de Servicios Comunitarios.
- c) La Subdirección de Servicios Comunitarios agendará fecha y hora para la realización de la Jornada y lo comunicará a través de oficio al solicitante.
- d) El solicitante deberá prever lo necesario para la ubicación de la unidad móvil médico odontológica, el cual deberá ser un terreno nivelado y limpio y contar con toma de corriente eléctrica.
- e) Cuando menos un día antes de la fecha programada para la realización de la Jornada, el solicitante deberá enviar a la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM el croquis de localización del lugar en cual se instalará la unidad móvil médico odontológica.
- f) El personal de la Subdirección de Servicios Comunitarios asistirá en la fecha y hora programada al lugar de la realización de la Jornada y se pondrá de acuerdo con el responsable para llevarla a cabo.
- g) Se distribuirán a la población fichas de atención (20 para consulta médica y 12 para atención odontológica).
- h) El personal médico y odontológico de la unidad móvil médico odontológica del DIFEM atenderá a la población de acuerdo al turno que le corresponde.
- i) Se dará atención prioritaria a las urgencias médicas u odontológicas que se presenten aun cuando no cuenten con ficha de atención.
- j) Únicamente podrá otorgarse medicamento del cuadro básico a los pacientes que lo requieran y en su defecto se otorgará la receta correspondiente y/o canalización al Centro de Salud más cercano.
- k) Los usuarios diagnosticados con enfermedades crónico-degenerativas no podrán ser atendidos en las unidades móviles del DIFEM.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Jornadas Médico Odontológicas".

### **8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Servicios Comunitarios.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Los SMDIF, instituciones públicas y/o asociaciones civiles peticionarios deberán proporcionar los requerimientos necesarios solicitados por el DIFEM para la realización de la Jornada (toma de corriente eléctrica, terreno nivelado, limpio), así como realizar la promoción adecuada de la Jornada en la comunidad a realizarse.

## **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.**

No aplica

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación DIFEM, serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Unidades Móviles publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).



**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
JORNADAS OFTALMOLÓGICAS****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Jornadas Oftalmológicas las cuales consisten en realizar examen de la vista para determinar problemas visuales y el requerimiento en su caso de lentes, así como la detección de patologías como son catarata y estrabismo.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para efectos de los presentes lineamientos, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Programa:** Al programa de Jornadas Oftalmológicas.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Beneficiar a la población que presente problemas visuales y que requiera lentes para que con ello logren una mayor integración social.

**3.2. Objetivos específicos**

Reducir el índice de problemas visuales mediante la realización de acciones de prevención a través de la entrega de lentes.

**4. POBLACION OBJETIVO**

Personas habitantes del Estado de México, interesadas en que se les realice un examen de la vista para determinar problemas visuales y el requerimiento en su caso de lentes.

**5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México, dando prioridad a las localidades marginadas en zonas rurales y urbano marginadas.

**6.- SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

- Examen de la vista
- Entrega de lentes nuevos con estuche a bajo costo

**6.2 Monto del apoyo**

El examen de la vista que se brinda a través de esta acción de desarrollo social es gratuito, sin embargo para la adquisición de anteojos nuevos a la empresa de lentes participante, los usuarios cubrirán una cuota de recuperación.

**7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO****7.1 Permanencia**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social se otorgará de acuerdo a la demanda (la cual fluctúa entre 1 y 3 días) y se atiende al usuario en una sola ocasión.

**7.2 Requisitos y criterios de selección**

Los SMDIF deberán:

- a) Solicitar la Unidad Móvil del DIFEM mediante oficio dirigido al titular de la Dirección General del DIFEM o al de la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM, especificando nombre del municipio y de la localidad a atender.
- b) Nombrar mediante oficio a un responsable que acompañará al personal de la unidad móvil el día de la Jornada Oftalmológica.
- c) Proporcionar un espacio para la ubicación de la unidad móvil, el cual deberá ser un terreno nivelado y limpio y contar con toma de corriente eléctrica.
- d) Enviar a la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM el croquis de localización del lugar en cual se instalará la unidad móvil, por lo menos con 24 hrs. de anticipación a la realización de la Jornada Oftalmológica.

El usuario del servicio en el municipio deberá:

- a) Ser habitante del Estado de México.
- b) Estar interesado en la realización de examen de la vista para determinar problemas visuales y el requerimiento en su caso de lentes.
- c) Presentarse al lugar al que sean convocados para participar en la Jornada Oftalmológica a recibir el servicio.
- d) Estar en condiciones apropiadas para su atención (no haber ingerido alcohol o cualquier otra sustancia tóxica).

**7.3 Criterios de priorización**

- a) Personas interesadas en la realización de examen de la vista y en caso de requerirlo la adquisición de lentes a bajo costo.
- b) Personas con alguna discapacidad permanente.

**7.4 Formatos**



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



**REGISTRO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE OFTALMOLOGÍA COMUNITARIA**

|   |                        |
|---|------------------------|
| Municipio/ Dependencia Gubernamental /Dependencia No Gubernamental. Sede: (1) | Fecha: (2)             |
| Tipo de Servicio: (3)   | Diagnosticado por: (4) |

| No. (5) | Nombre (6) | Edad (7) | Sexo (8) | Dirección y Teléfono (9) |
|---------|------------|----------|----------|--------------------------|
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |

ELABORÓ

REVISÓ

Nombre y firma (10)

Nombre y firma (11)

FO201B15500/204/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**REGISTRO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE OFTALMOLOGÍA COMUNITARIA**

| No. | CAMPO                | DESCRIPCIÓN  |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Sede                 | Anotar el lugar donde se va a llevar el evento                                   |
| 2   | Fecha                | Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato                            |
| 3   | Tipo de servicio     | Anotar el tipo de servicio que es solicitado                                     |
| 4   | Diagnosticado por    | Anotar el nombre completo de la persona por la cual fue diagnosticado.           |
| 5   | No.                  | Anotar el número consecutivo.  |
| 6   | Nombre               | Anotar el nombre completo de la persona que es atendida                          |
| 7   | Edad                 | Anotar la edad de la persona.  |
| 8   | Sexo                 | Anotar el sexo de la persona.  |
| 9   | Dirección y teléfono | Anotar la dirección, calle número y colonia, así como el teléfono de la persona. |
| 10  | Nombre y firma       | Anotar el nombre completo de la persona que elabora dicho formato.               |
| 11  | Nombre y firma       | Anotar el nombre completo de la persona que revisa dicho formato.                |

### 7.5 Derechos de los usuarios

Los SMDIF:

- a) Recibir el apoyo de la unidad móvil para el desarrollo de la Jornada Oftalmológica en el municipio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

Población en general:

- a) Realización del examen general de la vista.
- b) Recibir lentes nuevos oftalmológicos con estuche a bajo costo, adquiridos a la Empresa de lentes participante.
- c) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

Los SMDIF deberán:

- a) Realizar convocatoria y promoción de la Jornada Oftalmológica en el municipio.
- b) Permanecer con el personal de la unidad móvil del DIFEM durante toda la Jornada Oftalmológica.

Población en general:

- a) Conducirse con veracidad en los datos que proporcioné al momento de su atención.
- b) Acudir personalmente a recibir los lentes oftalmológicos adquiridos.

### 7.7 Causas de incumplimiento

La no observancia de cualquiera de los requisitos u obligaciones a que esta sujeto el usuario.

### 7.8 Sanciones

#### Cancelación

SMDIF:

- a) Cuando no se envíe en tiempo y forma la documentación solicitada para la realización de la Jornada Oftalmológica.
- b) Cuando el lugar designado para la instalación de la unidad móvil no sea el apropiado.

Población en general:

- a) Cuando proporcione información falsa para recibir el servicio.
- b) Cuando no acuda a recibir de manera personal los lentes adquiridos sin causa justificada.

### 7.9 Contraprestación del usuario

- a) Presentarse en la fecha y hora programadas para la realización de la Jornada Oftalmológica.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio Proceso

- a) Se solicitará la unidad móvil mediante oficio dirigido al titular de la Dirección General del DIFEM o al de la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM, especificando nombre del municipio y de la localidad a atender.
- b) El solicitante deberá nombrar mediante oficio a un responsable que acompañará al personal de la unidad móvil el día de la Jornada Oftalmológica, mismo que deberá enviarse a la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM.
- c) La Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM agendará fecha y hora para la realización de la Jornada Oftalmológica y lo comunicará a través de oficio al solicitante.
- d) El solicitante deberá prever lo necesario para la ubicación de la unidad móvil el cual deberá ser un terreno nivelado y limpio y contar con toma de corriente eléctrica.
- e) Cuando menos un día antes de la fecha programada para la realización de la Jornada Oftalmológica, el solicitante deberá enviar a la Subdirección de Servicios Comunitarios del DIFEM el croquis de localización del lugar en cual se instalará la unidad móvil.
- f) El personal de la Subdirección de Servicios Comunitarios asistirá en la fecha y hora programada al lugar de la realización de la Jornada Oftalmológica y se pondrá de acuerdo con el responsable para llevarla a cabo.
- g) El solicitante convocará a la población el día de la Jornada Oftalmológica, para que acudan a realizarse el examen de la vista.
- h) El día de la Jornada Oftalmológica se distribuirán a la población fichas de atención.
- i) El personal de la unidad móvil del DIFEM atenderá a la población de acuerdo al turno que le corresponde y realizará examen general de la vista.

- j) Los usuarios en cuyo examen se determine la necesidad de utilizar lentes oftalmológicos pasarán con la empresa participante a seleccionar el armazón y cubrirán su costo.
- k) Los usuarios que hayan adquirido lentes deberán acudir a su entrega (lentes nuevos con estuche) en la fecha programada.

### **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

#### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Jornadas Oftalmológicas".

#### **8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Servicios Comunitarios.

### **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Corresponde al DIFEM a través de la Subdirección de Servicios Comunitarios:

- a) Promover y difundir el programa de Jornadas Oftalmológicas.
- b) Programar las Jornadas Oftalmológicas.
- c) La duración de las Jornadas Oftalmológicas fluctúan de 1 a 3 días a fin de dar respuesta a la demanda del servicio.
- d) El DIFEM a través de la Empresa de Lentes participante deberá proporcionar el personal Especializado y todo el equipo necesario para instalar y adaptar módulos de ópticas para efectuar la Jornada Oftalmológica así como la lista de usuarios valorados y número de lentes adquiridos por los usuarios.

Corresponde a los SMDIF.

- a) Realizar convocatoria y promoción de la Jornada Oftalmológica
- b) Destinar un espacio con instalación eléctrica.
- c) Diseñar estrategia para confirmar y asegurar el número de asistentes en el horario y fecha programada
- d) Coordinar a los grupos durante el desarrollo de la Jornada Oftalmológica.
- e) Participar con personal de apoyo durante el desarrollo de la Jornada.
- f) Proporcionar hospedaje y alimentos al equipo de trabajo desde el día del montaje hasta el término de la Jornada.

*La Empresa de Lentes participante deberá proporcionar el personal especializado y todo el equipo necesario para instalar y adaptar módulos de ópticas en el lugar donde se efectuó la valoración.*

### **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.**

No aplica.

### **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

### **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

### **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación DIFEM, serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

### **14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### **15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

A través de la página: [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

Correo Electrónico: [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
 DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
 FAMILIAR  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
 TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**CUARTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
 DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
 INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 (RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
 JORNADAS QUIRÚRGICAS DE CATARATA Y ESTRABISMO**

**1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Realización de jornadas quirúrgicas las cuales consisten en la detección de patologías visuales que permitan determinar a los candidatos a cirugía de catarata y estrabismo con la finalidad de que logren una mayor integración laboral y/o escolar y social.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Programa:** Al programa de Oftalmología Comunitaria.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas visuales, mediante la realización de Cirugías de Cataratas y Estrabismo que les permita lograr una mayor integración social y así mismo tener una mejor calidad de vida.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Reducir el índice de problemas visuales mediante la realización de cirugías de catarata y estrabismo.
- Beneficiar a las personas susceptibles de cirugía de catarata y/o estrabismo, mediante la operación sin costo alguno.

### 4. POBLACION OBJETIVO

Habitantes del Estado de México de escasos recursos económicos que no cuenten con seguridad social, con padecimientos visuales candidatos a cirugía de catarata o estrabismo.

### 5. COBERTURA

El programa tendrá cobertura en los 125 municipios del Estado de México, dando prioridad a las localidades marginadas en zonas rurales y urbanas marginadas.

### 6.- SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

- Cirugía de catarata o estrabismo (realizada por médicos de la Asociación para Evitar la Ceguera en México (A.P.E.C.).
- Aplicación de lente intraocular (realizada por médicos de la Asociación para Evitar la Ceguera en México (A.P.E.C.).
- Medicamentos post operatorios.

#### 6.2 Monto del servicio

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, Cirugía Extramuros e Instituciones de Asistencia Privada y Asociaciones Civiles, a través del DIFEM.

### 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

#### 7.1 Permanencia

El apoyo que se brinda a través de esta acción de desarrollo social se otorgará por única vez.

#### 7.2 Requisitos y criterios de selección

- a) No contar con seguridad social (ISSSTE, ISSEMYM, IMSS, etc.).
- b) Haber sido diagnosticado como candidato a cirugía de catarata o estrabismo.
- c) Copia de identificación oficial.
- d) Copia la Clave Única de Registro de Población (CURP).
- e) Copia del acta de nacimiento del candidato a la cirugía.

Además de los requisitos anteriores los solicitantes deberán:

- f) Someterse a un diagnóstico que determine la necesidad de obtener cirugía.
- g) Presentar estudios preoperatorios con no más de 15 días antes de la cirugía.
- h) Presentar el Estudio Socioeconómico.
- i) Hacerse acompañar por un familiar o persona que pueda asistirlo después de la cirugía.
- j) Proporcionar con veracidad los datos que le sean solicitados.

#### 7.3 Criterios de priorización

Se dará preferencia a los solicitantes que:

- a) Cumplan con los requisitos establecidos en los presentes lineamientos de operación y no fueron beneficiados en la promoción anterior.
- b) Tengan alguna discapacidad permanente.
- c) Se encuentren en condiciones de extrema pobreza.

#### 7.4 Formatos



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



**REGISTRO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE OFTALMOLOGÍA COMUNITARIA**

|   |                        |
|---|------------------------|
| Municipio/ Dependencia Gubernamental /Dependencia No Gubernamental, Sede: (1) | Fecha: (2)             |
| Tipo de Servicio: (3)   | Diagnosticado por: (4) |

| No. (5) | Nombre (6) | Edad (7) | Sexo (8) | Dirección y Teléfono (9) |
|---------|------------|----------|----------|--------------------------|
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |
|         |            |          |          |                          |

ELABORÓ

REVISÓ

Nombre y firma (10)

Nombre y firma (11)

FO201B15500/204/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**REGISTRO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE OFTALMOLOGÍA COMUNITARIA**

| No. | CAMPO                | DESCRIPCIÓN  |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Sede                 | Anotar el lugar donde se va a llevar el evento                                   |
| 2   | Fecha                | Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato                            |
| 3   | Tipo de servicio     | Anotar el tipo de servicio que es solicitado                                     |
| 4   | Diagnosticado por    | Anotar el nombre completo de la persona por la cual fue diagnosticado.           |
| 5   | No.                  | Anotar el número consecutivo.  |
| 6   | Nombre               | Anotar el nombre completo de la persona que es atendida                          |
| 7   | Edad                 | Anotar la edad de la persona.  |
| 8   | Sexo                 | Anotar el sexo de la persona.  |
| 9   | Dirección y teléfono | Anotar la dirección, calle número y colonia, así como el teléfono de la persona. |
| 10  | Nombre y firma       | Anotar el nombre completo de la persona que elabora dicho formato.               |
| 11  | Nombre y firma       | Anotar el nombre completo de la persona que revisa dicho formato.                |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Realización de la cirugía de catarata o estrabismo.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Conducirse con veracidad en los datos que proporcioné al momento de su inscripción al programa.
- b) Hacerse acompañar por un familiar o persona que lo asista después de la cirugía.
- c) Cumplir con los requisitos que demanda el programa.

**7.7 Causas de incumplimiento**

- a) No asistir a su cirugía programada.

- b) Proporcionar información falsa para su inclusión al programa.

### 7.8 Sanciones

#### Cancelación:

- a) Cuando el usuario proporcione información o documentación falsa para su incorporación al programa.
- b) Cuando el usuario no asista en la fecha programada a su cirugía, sin causa justificada.
- c) Cuando se incumpla con lo señalado en los presentes lineamientos de operación.

### 7.9 Contraprestación del usuario

- a) Presentarse en la fecha y hora programadas para la realización de la cirugía.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- a) El DIFEM notificará a los SMDIF la programación anual de las Jornadas Quirúrgicas de Catarata y Estrabismo.
- b) El SMDIF realizará la promoción y convocatoria de la Jornada Quirúrgica de Catarata y Estrabismo en el municipio.
- c) De las personas que asistan, el SMDIF relacionará a aquellas con diagnóstico de catarata o estrabismo.
- d) A las personas relacionadas el SMDIF les aplicará el Estudio Socioeconómico.
- e) El SMDIF otorgará las facilidades a las personas relacionadas para que se sometan al diagnóstico que determine si son candidatos o no a cirugía.
- f) El SMDIF integrará la lista definitiva de los usuarios candidatos a cirugía.
- g) El SMDIF apoyará a los usuarios candidatos a cirugía en la realización de los estudios preoperatorios (cuando menos 15 días antes de la cirugía).
- h) El SMDIF integrará el expediente de cada usuario, incluyendo estudio socioeconómico, diagnóstico de catarata o estrabismo, estudios preoperatorios, copia de identificación oficial, CURP, copia de acta de nacimiento.
- i) En la fecha programada para la realización de la Jornada Quirúrgica de Catarata y Estrabismo, el SMDIF trasladará a los usuarios y a su acompañante a la "Gran Clínica de Servicio Teotihuacán, A. C." ubicada en el municipio de Teotihuacán, Estado de México donde se realizará la cirugía.
- j) Los usuarios se someterán a valoración definitiva por los especialistas en oftalmología participantes en la Jornada Quirúrgica de Catarata y Estrabismo, determinando si el usuario es candidato o no, mostrando los estudios preoperatorios solicitados.
- k) El SMDIF entregará en la "Gran Clínica de Servicio Teotihuacán, A. C." los expedientes de los candidatos a cirugía definitivos.
- l) Médicos especialistas de la Asociación para Evitar la Ceguera en México (A.P.E.C.) realizarán las cirugías y en caso de ser necesario colocarán el lente intraocular al usuario.
- m) De ser el caso el médico especialista expedirá receta con medicamentos post-operatorios al usuario.
- n) El personal del DIFEM entregará los medicamentos a los usuarios.
- o) Los usuarios intervenidos quirúrgicamente permanecerán un día en las instalaciones de la "Gran Clínica de Servicio Teotihuacán, A. C." y el personal médico y de enfermería del SMDIF cubrirá guardias para atenderlos.
- p) Al día siguiente de la intervención quirúrgica, los usuarios son revisados por el médico especialista que los operó y el SMDIF apoyará nuevamente con el traslado del usuario y su acompañante al municipio.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Jornadas Quirúrgicas de Catarata y Estrabismo".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Servicios Comunitarios.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Servicios Comunitarios:

- a) Promover y difundir el programa de Jornadas Quirúrgicas de Catarata y Estrabismo.



- b) Enviar oficio a los SMDIF notificando la programación anual de las Jornadas Quirúrgicas de Cataratas y Estrabismo.
- c) Solicitar a los SMDIF la lista de usuarios susceptibles a cirugía de catarata o estrabismo.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Realizar la convocatoria y promoción de la Jornada Quirúrgica de Catarata y Estrabismo.
- b) Detectar y localizar a los usuarios con diagnóstico de cataratas y estrabismo.
- c) Aplicar el estudio socioeconómico al usuario.
- d) Facilitar a los pacientes una consulta oftalmológica para confirmar el diagnóstico.
- e) Ayudar a los pacientes con la realización de los estudios pre-operatorios.
- f) Trasladar a los usuarios y acompañante (una persona por usuario) al lugar del evento en la fecha y hora que le corresponda.
- g) Ayudar a los usuarios a ubicarse en el lugar que se le asigne y tenerlos listos para su traslado al lugar del evento a la hora que se les indique.
- h) Presentar lista de usuarios.
- i) Integrar los expedientes de cada usuario con los siguientes documentos: estudio socioeconómico, diagnóstico de Catarata o Estrabismo, estudios preoperatorios, copia de identificación oficial, CURP, copia de acta de nacimiento.
- j) Presentar el Registro de Pacientes del Programa.
- k) Participar con un grupo de médicos y personal de enfermería que cubran guardias para dar atención a los usuarios intervenidos, debiendo presentarse con uniforme y el equipo necesario.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Las Asociaciones, Fundaciones altruistas apoyarán a las Jornadas Quirúrgicas de Cataratas y Estrabismo con personal especializado y equipo médico.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación DIFEM, serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN.  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Oftalmología Comunitaria (Jornadas Quirúrgicas de Catarata y Estrabismo) publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA (SALUD MENTAL)****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Atención profesional a través de consulta externa psicológica y psiquiátrica a las personas con trastornos mentales, afectivos y conductuales, así como asesorar y capacitar a los coordinadores de los Sistemas Municipales DIF de la entidad sobre los programas básicos de salud mental y a las instituciones públicas que lo soliciten.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM.-** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF.-** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Programa.-** Al programa de Atención Psicológica y Psiquiátrica.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Realizar acciones de educación, promoción, prevención y atención a la salud mental, mediante el otorgamiento de consulta psicológica y psiquiátrica, así como la asesoría, pláticas y talleres de los programas dirigidos a los SMDIF e instituciones públicas que lo soliciten, a fin de atender los índices de prevalencia de los trastornos mentales y favorecer la integración familiar en la población vulnerable que carece de seguridad social en el Estado de México.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Proporcionar atención profesional a través de consulta externa psicológica y psiquiátrica a las personas con trastornos mentales, afectivos y/o conductuales.
- Mejorar los programas de educación, prevención y promoción de la salud mental a través de pláticas, talleres y técnicas que permitan elevar la calidad de vida de la población vulnerable.
- Promover los programas básicos de salud mental para la atención integral de los trastornos mentales mediante el trabajo conjunto con los SMDIF.
- Instrumentar un programa de atención psicológica y psiquiátrica integral, mediante la capacitación e integración de equipos de salud mental multidisciplinarios municipales.

- Brindar capacitación y asesoría a los coordinadores municipales de los SMDIF sobre los programas relacionados con la promoción, prevención y atención de la salud mental.

#### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

- Mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores que carecen de seguridad social que padecen trastornos mentales o en riesgo de padecerlos, habitantes del Estado de México.
- Coordinadores municipales del programa en los SMDIF.

#### 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

#### 6. SERVICIO

##### 6.1 Tipo de servicio

- **Consulta Psicológica y Psiquiátrica:** Atención profesional a través de consulta externa de psicología y psiquiatría a las personas con trastornos mentales, afectivos y/o conductuales, la cual se proporciona en la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM o en los SMDIF que cuenten con estos servicios.
- **Pláticas, conferencias y talleres:** Programas de educación, prevención y promoción de la salud mental impartidos a instituciones públicas que lo soliciten.
- **Capacitación y Asesoría:** A los coordinadores de los SMDIF que operan el programa de Atención Psicológica y Psiquiátrica en los municipios del Estado de México.

##### 6.2 Monto del servicio

El servicio de capacitación, asesoría, pláticas, conferencias y talleres que se brinda a través de esta acción de desarrollo social es gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

##### **Consulta psicológica y psiquiátrica:**

El servicio de consulta psicológica o psiquiátrica estatal deberá cubrirse a través de una cuota de recuperación que se determinará con base en el estudio socioeconómico que se aplique al usuario y de conformidad con lo establecido en los Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM.

#### 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

##### 7.1 Permanencia

##### **Consulta psicológica y psiquiátrica:**

Los usuarios permanecerán en el servicio siempre y cuando acudan puntualmente a las citas que le sean otorgadas por el especialista tratante cubriendo su cuota de recuperación hasta que sean dados de alta.

##### **Pláticas, Conferencias y talleres:**

No aplica ya que se otorga el servicio en una sola ocasión. Como parte complementaria a la atención individual que se ofrece, se llevan a cabo con los pacientes, conferencias, pláticas y talleres con el fin de abordar los trastornos desde una perspectiva grupal e informativa.

##### **Capacitación y asesoría:**

El DIFEM a través de la Subdirección de Salud Mental, capacitará y asesorará al coordinador municipal, por lo que programará visitas a los SMDIF para dar seguimiento a la atención que se brinda.

##### 7.2 Requisitos y criterios de selección

##### **Consulta psicológica y psiquiátrica:**

- a) Ser habitante del Estado de México. (En caso de presentarse casos urgentes de otros estados, se otorgará la atención por única ocasión).
- b) Padecer un trastorno mental o estar en riesgo de adquirirlo.
- c) No contar con seguridad social o derechohabencia a sistemas públicos de salud (IMSS, ISSEMYM, ISSSTE o Seguro Popular).
- d) Cubrir cuota de recuperación (para los usuarios de la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM de conformidad con los Lineamientos Generales para la captación de Ingresos Propios del DIFEM vigentes. Para los usuarios que reciban el servicio en algún SMDIF será de acuerdo a su normatividad interna).

##### **Pláticas, Conferencias y talleres:**

- a) Ser una institución u organismo que brinde servicio asistencial sin fines de lucro del Estado de México.

- b) Solicitar por escrito pláticas, conferencias y talleres en el SMDIF de su municipio o en la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.
- c) Destinar un lugar apropiado y los elementos técnicos que en su caso se requieran.
- d) Hacer la promoción y convocar a las personas para que asistan en el lugar, fecha y horario convenidos.



**Capacitación y asesoría:**

- a) Contar con nombramiento emitido por el titular del SMDIF y haberlo hecho del conocimiento de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.
- b) Contar con cédula profesional.
- c) Solicitar a la Subdirección de Salud Mental o al Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica la capacitación y asesoría.

**7.3 Criterios de priorización**

- a) Para el servicio de consulta psicológica o psiquiátrica se dará prioridad a las personas que requieran atención urgente.
- b) Las actividades de promoción y prevención de la salud mental, se llevarán a cabo mediante pláticas y talleres que se promueven en los SMDIF dando prioridad a escuelas u organismos públicos.

**7.4 Formatos**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <br>GOBIERNO DEL<br>ESTADO DE MEXICO | <b>HOJA FRONTAL</b><br>(FO DIFEM PB 23) |  <b>DIF</b><br>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL |
|---|---|--|

No. Expediente: .....

Nombre del Paciente: .....

Edad: ..... Sexo: ..... Teléfono: .....

Dirección: .....

Fecha de ingreso: ..... Fecha de Reingreso: .....

Psicólogo (a) y/o Médico Tratante: .....

| Dia | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |
|     |     |     |
|     |     |     |

Fecha y motivo de alta: .....

Fecha y motivo de baja: .....

Diagnóstico (s): .....

|           |  |                    |          |
|-----------|--|--------------------|----------|
| Elaboró:  | Jefe del Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica | Versión:           | 5        |
| Autorizó: | Director de Prevención y Bienestar Familiar                  | Fecha de revisión: | 18-05-12 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <br>GOBIERNO DEL<br>ESTADO DE MEXICO | <b>CARTA BAJO PROTESTA<br/>         DE DECIR VERDAD</b><br>(FO DIFEM PB 25) |  |
|---|---|---|

FECHA:



El que suscribe ..... a nombre y representación del paciente  
(Nombre completo del familiar, tutor o representante legal)

..... en mi calidad de .....  
(Nombre completo del paciente) (Parentesco)

Hago constar bajo protesta de decir verdad, que no cuenta el paciente con derechohabencia social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, o algún tipo de prestación médica); en el entendido de que si la información arriba mencionada no fuera real, se me canalizará al servicio con el que cuento

.....  
Nombre completo y firma

|          |  |                   |          |
|----------|--|-------------------|----------|
| Elaboró  | Jefe del Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica | Versión           | 5        |
| Autorizó | Director de Prevención y Bienestar Familiar                  | Fecha de revisión | 18-05-12 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <br>GOBIERNO DEL<br>ESTADO DE MÉXICO | <b>HOJA DE REFERENCIA</b><br>(FO DIFEM PB 06) |  <b>DIF</b><br>DE GRANDE<br>ESTADO DE MÉXICO |
|---|---|---|

FECHA: .....

NOMBRE : .....

EDAD: ..... SEXO: .....

INSTITUCIÓN A LA QUE SE ENVIA: .....

MOTIVO DE ENVÍO: .....

RESUMEN CLÍNICO:

EXAMEN MENTAL:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

OBSERVACIONES:

.....  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN  
PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

.....  
MÉDICO / PSICÓLOGO QUE ENVÍA

|          |  |                   |          |
|----------|--|-------------------|----------|
| Elaboró  | Jefe del Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica | Versión           | 5        |
| Autorizó | Director de Prevención y Bienestar Familiar                  | Fecha de revisión | 18-05-12 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br>GOBIERNO DEL<br>ESTADO DE MÉXICO | <b>NOTA MÉDICA</b><br>(FO DIFEM PB 03) | <br>DIF<br>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL |
|---|--|--|

| Nombre del Paciente | Expediente | Fecha de Ingreso | Hoja |
|---------------------|------------|------------------|------|
|                     |            |                  |      |

|           |  |                    |          |
|-----------|--|--------------------|----------|
| Elaboró:  | Jefe del Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica | Versión:           | 4        |
| Autorizó: | Director de Prevención y Bienestar Familiar                  | Fecha de revisión: | 18-05-12 |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

FODIFEMPB24

**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Salud Mental  
Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica



**ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO**

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| 1/ No. DE                       | 2/ TELÉFONO |
| 3/ FECHA DE ESTUDIO             |             |
| 4/ FECHA DE INGRESO AL SERVICIO |             |
| 5/ TRABAJADOR SOCIAL            |             |
| 6/ CLASIFICACIÓN                |             |

|   |                         |            |
|---|-------------------------|------------|
| 7/ DEPENDENCIA                                  |                         |            |
| 8/ NOMBRE DEL SOLICITANTE                       |                         |            |
| 9/ DOMICILIO                                    | 10/ COLONIA D MUNICIPIO | 11/ ESTADO |
| 12/ NOMBRE DEL BENEFICIARIO                     | 13/ EDAD                | 14/ SEXO   |
| 15/ FECHA DE NACIMIENTO                         | 16/ LUGAR               |            |
| 17/ PROCEDENCIA DEL CASO                        |                         |            |
| 18/ SERVICIO SOLICITADO                         |                         |            |
| 19/ OBSERVACIONES SOBRE LA PERSONA ENTREVISTADA |                         |            |

20/ **MIEMBROS QUE INTEGRAN EL GRUPO FAMILIAR**

| No. | NOMBRE COMPLETO | EDAD SEXO | RELACIÓN FAMILIAR | LUGAR DE NAC. | ESCOLARIDAD | ESTADO CIVIL | OCCUPACION | LUGAR DE TRABAJO |
|-----|-----------------|-----------|-------------------|---------------|-------------|--------------|------------|------------------|
| 1   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 2   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 3   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 4   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 5   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 6   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 7   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 8   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 9   |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 10  |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 11  |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |
| 12  |                 |           |                   |               |             |              |            |                  |

OBSERVACIONES SOBRE EL BENEFICIARIO



21/ **SITUACIÓN ECONÓMICA**

| FUENTE DE INGRESOS |       | APORTACIÓN AL HOGAR |       | EGRESOS         |       |
|--------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|-------|
| DEL PADRE \$       | _____ | \$                  | _____ | RENTAS \$       | _____ |
| DE LA MADRE \$     | _____ | \$                  | _____ | LUZ Y AGUA \$   | _____ |
| OTROS \$           | _____ | \$                  | _____ | ALIMENTACIÓN \$ | _____ |
| TOTAL \$           | _____ | TOTAL \$            | _____ | OTROS \$        | _____ |
| DÉFICIT \$         | _____ | SUPERÁVIT \$        | _____ | TOTAL \$        | _____ |

22/ **SERVICIOS O AYUDAS QUE RECIBEN**

| IMSS  | ISSSTE | ISSEMYM | OTROS |
|-------|--------|---------|-------|
| _____ | _____  | _____   | _____ |

23/ **NÚMERO DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL SISTEMA**

\_\_\_\_\_

24/ **ALIMENTACIÓN**

DESAYUNO \_\_\_\_\_

ALMUERZO \_\_\_\_\_

COMIDA \_\_\_\_\_

CENA \_\_\_\_\_

25/ **CONDICIONES DE SALUD DE LA FAMILIA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26/ **CONDICIONES DEL HOGAR**

|                                  |                     |                        |
|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| TIPO DE CASA _____               | No. DE CAMAS _____  | ROPEROS _____          |
| TIPO DE HABITACIÓN _____         | MESAS _____         | SILLAS _____           |
| VENTANAS _____ PUERTAS _____     | JUEGO DE SALA _____ | COMEDOR _____          |
| SERVICIOS SANITARIOS _____       | ESTUFA _____        | MAQUINA DE COSER _____ |
| SERVICIOS PÚBLICOS _____         | RADIO _____         | REFRIGERADOR _____     |
| AGUA POTABLE _____ DE POZO _____ | TV _____            | OTROS _____            |

|  |        |           |       |
|--|--------|-----------|-------|
| 27/ <b>CONDICIONES DE ASEO DEL HOGAR</b>       | BUENAS | REGULARES | MALAS |
| 28/ <b>CONDICIONES DE ASEO DE LAS PERSONAS</b> | BUENAS | REGULARES | MALAS |

29/ **RELACIONES FAMILIARES**

¿QUÉ DIVERSIONES O PASATIEMPOS FRECUENTAN? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ UTILIZA SU TIEMPO LIBRE? \_\_\_\_\_

¿ES RESPONSABLE EL PADRE? \_\_\_\_\_ ¿ES RESPONSABLE LA MADRE? \_\_\_\_\_

40/ SITUACIONES ANTERIORES A LA NUTRICIÓN DEL PADRE

41/ DE LA MADRE

42/ SITUACIONES ANTERIORES A LA NUTRICIÓN DEL PADRE

43/ DE LA MADRE

44/ SITUACIONES ANTERIORES A LA NUTRICIÓN DEL PADRE

45/ DE LA MADRE

46/ DIAGNÓSTICO SOCIAL

47/ PLAN SOCIAL

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 40/<br><br>FIRMA DEL ENTREVISTADO | 41/<br><br>FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL |
| 42/ NOTAS COMPLEMENTARIAS         |  |
| 43/ TELEFONO                      |  |

[Empty lined area for text or signature]

Por lo tanto se declara:

1. Que el presente es un documento válido.

2. Que el presente es un documento válido.

3. Que el presente es un documento válido.

- d) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### **7.6 Obligaciones de los usuarios**

#### ***Consulta psicológica y psiquiátrica:***

- a) Proporcionar con veracidad los datos y/o documentos que le sean solicitados.
- b) Permanecer en el servicio hasta ser dado de alta.
- c) Asistir en tiempo y forma a las citas que le sean programadas.
- d) Cubrir cuota de recuperación, (o sustentar debidamente el exento).

#### ***Pláticas, Conferencias y talleres:***

- a) Solicitar por escrito de parte del SMDIF el servicio requerido.
- b) Destinar un lugar apropiado y los elementos técnicos que en su caso se requieran.
- c) Hacer la promoción y convocar a las personas para que asistan en el lugar, fecha y horario convenidos.

#### ***Capacitación y asesoría:***

- a) Contar con nombramiento emitido por el titular del SMDIF y haberlo hecho del conocimiento a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar, Subdirección de Salud Mental o al Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica del DIFEM.
- b) Asistir a los cursos, asesoría o cualquier otra convocatoria que le haga el DIFEM.
- c) Cumplir en tiempo y forma con la información que le sea solicitada por la Subdirección de Salud Mental o el Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica del DIFEM.

### **7.7 Causas de incumplimiento**

#### ***Consulta psicológica y psiquiátrica:***

- a) Proporcionar datos y/o documentos falsos para acceder al servicio.
- b) Abandonar el servicio sin haber sido dado de alta por el especialista.
- c) Faltar o llegar tarde a las citas a que sea programado.
- d) No cubrir la cuota de recuperación correspondiente.

#### ***Pláticas, Conferencias y talleres:***

- a) De parte del Organismo solicitante el no haber hecho la promoción y convocatoria a las personas para que asistan en el lugar, fecha y horario convenidos.
- b) No contar con los materiales y equipos convenidos para llevar a cabo la actividad.

#### ***Capacitación y asesoría:***

- a) No contar con nombramiento emitido por el titular del SMDIF.
- b) Faltar de manera injustificada a los cursos, asesoría o cualquier otra convocatoria que le haga el DIFEM.
- c) No entregar en tiempo y forma la información que le sea solicitada por la Subdirección de Salud Mental o el Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica del DIFEM.

### **7.8 Sanciones**

#### ***Consulta psicológica y psiquiátrica:***

##### **Suspensión:**

- a) Cuando el usuario falte tres ocasiones consecutivas a las citas programadas, el servicio será suspendido en forma temporal (6 meses).
- b) Se podrá reingresar al servicio cuando se cumplan con el tiempo establecido en el inciso anterior.

##### **Cancelación:**

- a) Cuando se detecte que el usuario proporcionó datos y/o documentos falsos para recibir el servicio.
- b) Cuando el usuario abandone el servicio sin haber sido dado de alta por el especialista.
- c) Cuando el usuario adquiera derechohabencia a alguna institución de salud.
- d) Cuando no cubra la cuota de recuperación correspondiente.

#### ***Pláticas, Conferencias y talleres:***

- a) Cuando las personas no se encuentren en el lugar, fecha y horario convenidos, se cancelará el servicio.

**Capacitación y asesoría:**

- a) Cuando no se cuente con nombramiento emitido por el titular del SMDIF o aun teniéndolo no haberlo hecho del conocimiento de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM, se suspenderá el servicio hasta regularizar la situación.
- b) Cuando de manera injustificada el coordinador municipal no asista a los cursos, asesoría o cualquier otra convocatoria que le haga el DIFEM, se suspenderá el servicio y la Subdirección de Salud Mental determinará su reanudación.

**7.9 Contraprestación del usuario****Consulta psicológica y psiquiátrica:**

- a) Cumplir con los requisitos de permanencia en el servicio establecidos en la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM y en los SMDIF que cuentan con estos servicios.
- b) Cubrir cuota de recuperación.

**Pláticas, conferencias y talleres:**

- a) Contar con el espacio adecuado y convocar a las personas para recibir el servicio.

**Asesoría y Capacitación:**

- a) Acudir a los cursos de capacitación y actualización sobre los principales trastornos mentales, en aspectos preventivos y de atención.
- b) Asistir puntualmente a las reuniones mensuales de coordinadores, los días, horarios y lugares que designe la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.

**7.10. Procedimiento para la entrega del servicio****Consulta psicológica y psiquiátrica:**

- a) Las actividades de atención se ofrecen directamente en los servicios de salud mental del DIFEM y de cada uno de los SMDIF que cuentan con personal para estas prestaciones.
- b) Para consulta psicológica o psiquiátrica el solicitante deberá acudir directamente a la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM o bien al SMDIF que le corresponda y que cuente con este servicio.
- c) La Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM ofrece sus servicios durante todo el año, excepto fines de semana, días festivos oficiales y vacaciones, en un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas para turno matutino y de 13:00 a 20:00 horas en horario vespertino.
- d) Los pacientes de primera vez deberán presentarse preferentemente de 7:30 a 8:00 horas para atención en horario matutino o de 12:30 a 13:00 horas en horario vespertino.
- e) Los solicitantes de los servicios de la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM deberán requisitar el formato "Carta Bajo Protesta de Decir Verdad" mediante la cual declararán no contar con seguridad social.
- f) En los casos de pacientes que cuenten con derechohabencia pero que su patología amerite cuidados inmediatos se podrá otorgar consulta de urgencia, posteriormente el paciente será referido a la Institución que le corresponda para su atención.
- g) El área de Trabajo Social realizará estudio socioeconómico para determinar la cuota de recuperación que deberá cubrir el solicitante por el servicio de consulta, de conformidad con lo establecido en los Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM vigentes.
- h) Para recibir consulta, el paciente deberá cubrir la cuota de recuperación señalada en el punto anterior.
- i) A cada paciente se le proporcionará un carnet en el que se indicará el nombre del especialista que proporcionará la atención, así como la fecha y horario de las citas subsecuentes y será su responsabilidad resguardarlo y presentarlo el día de la consulta.
- j) Cualquier modificación a la agenda deberá ser autorizada solo por el Jefe del Departamento de o autoridad superior.
- k) Los SMDIF cuando no cuenten con el servicio específico para algún trastorno, podrán referir a los pacientes a la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del DIFEM.
- l) Los pacientes canalizados por los SMDIF, deberán presentarse con hoja de referencia u oficio firmado por Titular o la Dirección General del SMDIF correspondiente o personal autorizado.
- m) Los SMDIF otorgarán consulta psicológica y psiquiátrica en donde se cuente con uno o ambos servicios, en forma individual, familiar, de pareja y/o grupal con la finalidad de ofrecer alternativas de solución a la problemática que presenten los usuarios.

**Pláticas, conferencias y talleres:**

- Las actividades de promoción y prevención de la salud mental se llevarán a cabo mediante pláticas, cursos, talleres y programas en los SMDIF y de manera primordial a través de los clubes u organismos y clubes.
- Las solicitudes deberán presentar oficio dirigido a la Subdirección de Salud Mental del DIFEM o al Tercer de SMDIF que le corresponda, indicando fecha, hora, lugar y tipo de servicio que requiere.
- El personal del DIFEM o SMDIF programará la plática, conferencia o taller solicitado e informará al solicitante.
- La persona del DIFEM o SMDIF correspondiente asistirán al lugar en la fecha y hora programada para entregar el servicio.

#### 2.3.3.3. Capacitación y Especialización:

- El SMDIF deberá nombrar un coordinador municipal del programa de Atención Psicológica y Psiquiátrica e informará mediante oficio a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM.
- El SMDIF solicitará mediante oficio dirigido a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar o Subdirección de Salud Mental o al Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica del DIFEM las pláticas, cursos, talleres o asesorías que requieran para el mejor desempeño de los programas de promoción y atención de la Salud Mental.
- El personal designado para operar el programa en el municipio acudirá a recibir los cursos de capacitación y actualización, así como asesorías en los lugares y fechas que para tal efecto designe la Subdirección de Salud Mental o el Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica del DIFEM.

### C. INSTANCIAS PARTICIPANTES

#### 3.1. Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo en el "Orientación y Atención Psicológica y Psiquiátrica (Salud Mental)".

#### 3.2. Instancia ejecutiva

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Salud Mental.

#### 3.3. Instancia de coordinación y apoyo técnico

El departamento del DIFEM a través de la Subdirección de Salud Mental.

- Realizar la promoción, conservación y mantenimiento del programa de salud mental en los SMDIF.
- Proveer apoyo a los SMDIF en capacitación, asesoría y consultoría en todos los programas relacionados con la promoción y prevención y atención de la salud mental.
- Intervenir en acción psicológica y psiquiátrica a la parte rural que sean requeridas por los SMDIF cuando se trate de zonas con baja densidad y/o población residente dispersa y/o aislada.
- Realizar actividades de apoyo a las entidades locales, personas o familias a solicitar el servicio en el DIFEM para la atención de la salud mental y para recibir los servicios de atención de emergencia de atención de urgencia.
- Elaborar y publicar el plan de acción y programación a través de la Sumaria Familiar de Salud Mental de cada municipio.

#### 3.4. Instancia de los SMDIF

- Solicitar mediante oficio dirigido a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar o Subdirección de Salud Mental o al Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica del DIFEM las pláticas, cursos, talleres o asesorías que requieran para el mejor desempeño de los programas de promoción y atención de la Salud Mental.
- Nombrar un coordinador municipal del programa de Atención Psicológica y Psiquiátrica.
- Operar los programas de promoción y prevención de la salud mental, así como los de prevención y atención de los trastornos mentales en el área de su competencia.
- Llevar a cabo las actividades de educación, promoción y prevención de la salud mental como de la Sumaria Familiar de Salud Mental, de acuerdo a las fechas que la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM determine para esta actividad.
- Identificar y utilizar los programas de Atención Psicológica y Psiquiátrica en instalaciones de su propiedad o que se le otorga para tal fin, mediante acciones en favor de la salud mental, tendientes a corregir y orientar la conducta de la familia, de la familia, la comunidad y grupos vulnerables.
- Organizar e implementar pláticas, cursos, talleres y conferencias, así como campañas que permitan al bienestar familiar, familiar y comunitario con la finalidad de educar y orientar a la población sobre los factores que contribuyen a la generación de los trastornos mentales.
- Entregar al personal que opera el programa los cursos de capacitación y actualización en los temas de la salud mental, mediante un espacio preventivo y de control.
- Elaborar el plan de acción de desarrollo en el municipio de acuerdo al modelo de desarrollo de la salud mental que se establezca en el departamento del DIFEM.
- Elaborar el plan de acción de desarrollo de la salud mental.

El presente documento tiene como finalidad informar a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM, las acciones que se realizarán para mejorar la atención y el servicio al usuario, así como los canales de atención que se ofrecerán para resolver las dudas y quejas de los usuarios.

El DIFEM tiene como objetivo principal proporcionar servicios de atención al usuario, así como brindar información y orientación a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM, así como brindar apoyo y asistencia técnica a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM.

El DIFEM tiene como misión proporcionar servicios de atención al usuario, así como brindar información y orientación a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM, así como brindar apoyo y asistencia técnica a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM.

El DIFEM tiene como visión ser el organismo de referencia en materia de atención al usuario.

El DIFEM tiene como valores:

Transparencia, honestidad, respeto y equidad.

El DIFEM tiene como misión proporcionar servicios de atención al usuario, así como brindar información y orientación a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM, así como brindar apoyo y asistencia técnica a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM.

El DIFEM tiene como visión ser el organismo de referencia en materia de atención al usuario.

El DIFEM tiene como misión proporcionar servicios de atención al usuario, así como brindar información y orientación a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM, así como brindar apoyo y asistencia técnica a los usuarios de los servicios que presta el DIFEM.

El DIFEM tiene como visión ser el organismo de referencia en materia de atención al usuario.

Las responsabilidades de elevar una acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Asesoría, Planeación, Organización y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación de la acción de desarrollo social.

#### 14.3. CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

#### 1. Vía telefónica:

- SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

#### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

#### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
 DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
 FAMILIAR  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
 TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Orientación y Atención Psicológica (Salud Mental) publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
 DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
 INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 (RUBRICA).

---

## LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA

### I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN

Promover a través de la asesoría y capacitación a los coordinadores médicos y médicos de los Sistemas Municipales DIF del Estado de México, los programas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva que consisten en: pláticas, orientaciones y distribución de métodos anticonceptivos para prevenir a la población sexualmente activa de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual, así como la prevención, control y tratamiento oportuno del Cáncer Cérvico-uterino, Mamario y Displasias.

### 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**DIFEM.-** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF.-** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Enfermedad de transmisión sexual.-** Infecciones que se adquieren al tener relaciones sexuales con alguien infectado y sus causas pueden ser bacterianas, parasitarias o virales.

**Cáncer.-** Crecimiento anormal y desordenado de células malignas en cualquier parte del organismo.

**Cáncer Cérvico-uterino.-** Alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de cáncer.

**Cáncer Mamario.-** Crecimiento anormal y desenfrenado de células malignas en el tejido mamario.

**Displasias.-** Anormalidad en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas.

**Programa.-** Al programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Brindar capacitación y asesoría a coordinadores médicos y médicos de los SMDIF sobre los programas de planificación familiar y salud reproductiva, con la finalidad de que los den a conocer a la población sexualmente activa, que se encuentre en situación vulnerable y no cuente con seguridad social.



### 3.2 Objetivos Específicos

- Contribuir con los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF en la promoción del programa, con la finalidad de incrementar los conocimientos de la población en general en materia de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- Apoyar a los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF con la toma de citologías cervicales que permitan detección oportuna de cáncer Cérvico-uterino en las mujeres sexualmente activas y que se encuentren en situación vulnerable y no cuente con seguridad social.
- Contribuir en la promoción de técnicas de exploración mamaria que permitan a la mujer la detección oportuna de displasias.
- Favorecer la promoción de una cultura de uso de métodos anticonceptivos, que eviten embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Coordinadores médicos y médicos de los 125 SMDIF.

### 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

- **Capacitación inicial intensiva** a coordinadores médicos y médicos de los 125 SMDIF responsables de operar el programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- **Capacitación permanente** a coordinadores médicos y médicos de los 125 SMDIF, responsables de operar el programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- **Asesorías y supervisión de actividades** a los coordinadores médicos y médicos que operan el programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- **Apoyo con la distribución de métodos anticonceptivos.**
- **Apoyo con la toma de citologías cervicales.**
- **Apoyo en la difusión de técnicas de autoexploración para la detección de alteraciones sobre cáncer de mama**, a usuarias que lo soliciten.

#### 6.2 Monto del servicio

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM, sin embargo cuando el SMDIF haya realizado una inversión para la operatividad del programa en el municipio podrán determinar cuotas de recuperación.

### 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

#### 7.1 Permanencia

El DIFEM a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, determinará la permanencia del coordinador médico o médico con base en las supervisiones realizadas.

#### 7.2 Requisitos y criterios de selección

El SMDIF deberá:

- a) Enviar oficio de nombramiento de coordinadores médicos o médicos que operan el programa, firmado por la presidenta del SMDIF.

Los coordinadores médicos o médico deberán:

- b) Contar con cédula profesional.

#### 7.3 Criterios de priorización

- a) Para la toma de citologías cervicales y la difusión de técnicas de autoexploración mamarias, se dará prioridad a los municipios que no cuenten con médico o personal de enfermería.
- b) Cuando el SMDIF organice ferias de salud masivas (sujeto a agenda).

#### 7.4 Formatos



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES**

|                                     |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
|-------------------------------------|---|-----------|---|----------------------------------|-----------------|------------------|----------------------|--------------------------------|--|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| Unidad Aplicativa: (1)<br>(No usar) |   |           | Municipio: (2)  |                                  |                 | Informe de: (3)  |                      | Informe correspondiente a: (4) |  | EDAD               | MESES              | AÑO                |  |
| CONSULTA (5)                        |   |           | Llénesse estos datos en esta consulta subsecuente (6) |                                  |                 |                  |                      |                                | Llénesse estos datos en consulta de primera vez únicamente (7) |                    |                    |                    |  |
| No. CONSULTA                        | Nombre de soltera<br>Use letra de molde y bolígrafo<br>(sin abreviaturas) |           |   | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) | ESTADO CIVIL    | ESTADO DE ORIGEN | ESTADO DE RESIDENCIA | ESTADO DE ATENCIÓN             | ESTADO DE ATENCIÓN   | ESTADO DE ATENCIÓN | ESTADO DE ATENCIÓN | ESTADO DE ATENCIÓN |  |
|                                     | PATRIANO  | MATERNINO | NOMBRE  | DIA                              | MESES           | AÑO              | METODO               | ESTADO                         | ESTADO   | ESTADO             | ESTADO             | ESTADO             |  |
| 1                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 2                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 3                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 4                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 5                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 6                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 7                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 8                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 9                                   |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 10                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 11                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 12                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 13                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 14                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 15                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 16                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 17                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 18                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 19                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 20                                  |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| EDAD                                | ORIENTACIONES INDIVIDUALES (8)  |           | SESIONES EDUCATIVAS (9)                               |                                  | ASISTENTES (10) |                  | MEDICO Y/O ENFERMERA |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 1-10                                |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |
| 20+                                 |   |           |   |                                  |                 |                  |                      |                                |  |                    |                    |                    |  |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO**  
**INFORME DIARIO**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Objetivo:</b><br>Contar con un documento formalmente requisitado que ampare las actividades realizadas en materia de planificación familiar y salud reproductiva.   |   |  |
| <b>Instrucciones Generales:</b><br>El formato Informe Diario es llenado diariamente en los consultorios de los Sistemas Municipales DIF que llevan el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, para plasmar las actividades diarias del programa |   |  |
| 1  | <b>UNIDAD APLICATIVA:</b>   | Solo para llenado del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, dependiente de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. |
| 2  | <b>MUNICIPIO:</b>   | Nombre del municipio que reporta.  |
| 3  | <b>INFORME DE:</b>  | Médico, enfermera, trabajadora social, promotora que informa.  |
| 4  | <b>INFORME CORRESPONDIENTE A:</b>                                 | Día, mes y año que se reporta.   |
| 5  | <b>CONSULTA:</b>  | Nombre completo de soltera.  |
| 6  | <b>LLENESE ESTOS DATOS EN TODA CONSULTA SUBSECUENTE:</b>          | Anotar a las usuarias que acuden a la consulta subsecuente, fecha de nacimiento, método utilizado en la actualidad, tipo de atención, examen de mamas, canalización y fecha de la próxima cita, usando los números correspondientes.                     |
| 7  | <b>LLENESE ESTOS DATOS EN CONSULTA DE PRIMERA VEZ UNICAMENTE:</b> | Anotar con número el total de embarazos, hijos vivos actualmente, cuántos hijos más desea, nivel educativo, método utilizado con anterioridad y lugar donde obtenía ese método, anotar los números correspondientes o ceros.                             |
| 8  | <b>ORIENTACIONES INDIVIDUALES:</b>                                | Anotar el número de orientaciones individuales que se realizaron en el mes dividido por edad.  |
| 9  | <b>SESIONES EDUCATIVAS:</b>                                       | Anotar con número la cantidad de sesiones educativas realizadas en el mes.   |
| 10   | <b>ASISTENTES:</b>  | Anotar con número la cantidad de asistentes en las sesiones educativas.  |
| 11   | <b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO SMDIF:</b>                               | Nombre y firma del médico responsable de la información proporcionada.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia  
del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**REPORTE MENSUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR  
USUARIAS ACTIVAS Y NUEVAS POR METODO Y GRUPO ETAREO**

Nombre del municipio (1) \_\_\_\_\_ Mes que reporta (2) \_\_\_\_\_

**USUARIAS ACTIVAS (3)**

| Método              | 15-19 años | 20-24 años | 25-44 años | 45-49 años | Total |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| DIU                 |            |            |            |            |       |
| HORMONAL ORAL       |            |            |            |            |       |
| HORMONAL INYECTABLE |            |            |            |            |       |
| PRESERVATIVO        |            |            |            |            |       |
| VASECTOMIA          |            |            |            |            |       |
| OTB                 |            |            |            |            |       |
| TOTAL               |            |            |            |            |       |

**USUARIAS NUEVAS (4)**

| Método              | 15-19 años | 20-24 años | 25-44 años | 45-49 años | Total |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| DIU                 |            |            |            |            |       |
| HORMONAL ORAL       |            |            |            |            |       |
| HORMONAL INYECTABLE |            |            |            |            |       |
| PRESERVATIVO        |            |            |            |            |       |
| VASECTOMIA          |            |            |            |            |       |
| OTB                 |            |            |            |            |       |
| TOTAL               |            |            |            |            |       |

MEDICO Y/O ENFERMERA DEL SMDIF

Nombre y firma (5) \_\_\_\_\_

FO201B15400/061/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO**

**REPORTE MENSUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
USUARIAS ACTIVAS Y NUEVAS POR MÉTODO Y GRUPO  
ETAREO.**

|   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| <b>Objetivo:</b><br>Contar con un documento formalmente requisitado que ampare el padrón de usuarias del Programa de Planificación Familiar.  |                       |  |
| <b>Instrucciones Generales:</b><br>El formato Reporte Mensual de Planificación Familiar Usuarías Activas y Nuevas por Método y Grupo Etareo es llenado cada vez que un Sistema Municipal DIF entrega información mensual sobre las usuarias atendidas, distribución de métodos anticonceptivos. |                       |  |
| 1   | NOMBRE DEL MUNICIPIO: | Nombre del Municipio que reporta.  |
| 2   | MES QUE REPORTA:      | Mes al cual se refiere la información.   |
| 3   | USUARIAS ACTIVAS:     | Reporte de las usuarias activas de planificación familiar que comprende el padrón de beneficiarios del Sistema Municipales DIF, por método y grupo de edad (etareo).                                       |
| 4   | USUARIAS NUEVAS:      | Reporte de las usuarias de nuevo ingreso al programa de planificación familiar y así integrar en su totalidad el padrón de beneficiarios del Sistema Municipales DIF, por método y grupo de edad (etareo). |
| 5   | NOMBRE Y FIRMA        | Nombre y firma del médico o enfermera del SMDIF responsable de la información.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**INFORME MENSUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA**

Unidad: (1) \_\_\_\_\_ Localidad: (2) \_\_\_\_\_ Municipio: (3) \_\_\_\_\_  
No. municipio: (4) \_\_\_\_\_ Consultorio: (5) \_\_\_\_\_ Fecha: (6) \_\_\_\_\_

| PERSONAS ATENDIDAS (7)              |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               | MÉTODOS DISTRIBUIDOS (8) |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-------|--------|------|----------|------|----------------|--------------------|-----------|-------|---------|---------------|--------------------------|---------|----------------------|-----------------|--|--------------------------|--|--|--|--|
| Consultas                           | TOTAL | D.I.U. |      | HORMONAL |      | QUIRURGICO     |                    | Mucosidad | Otros | Ninguno | D.I.U. Pre-za | HORMONAL                 |         | Preservativos Pre-za | Total de Pre-za |  |                          |  |  |  |  |
|                                     |       | H.O.   | H.I. | H.O.     | H.I. | O.T.B. Clínica | Vasectomía Clínica |           |       |         |               | Pre-za                   | Post-za |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| Primera vez                         |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| Subsecuente                         |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| Total                               |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| Usuaris nuevas                      |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| Usuaris activas                     |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| Bajas                               |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| BAJAS POR CAUSA (9)                 |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| MATERIAL DIDÁCTICO (10)             |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| MATERIALES Y EQUIPOS (11)           |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| EFFECTOS DE LA LUM (12)             |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| EL APORTE MAMAS (13)                |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| CANALIZACIONES (14)                 |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| MUNICIPIOS ATENDIDOS (15)           |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| PROMOCION Y FOMENTO INDIVIDUAL (16) |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| PROMOCION Y FOMENTO GRUPAL (17)     |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| DIRECCION (18)                      |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES: (19)                 |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               |                          |         |                      |                 |  |                          |  |  |  |  |
|                                     |       |        |      |          |      |                |                    |           |       |         |               | TOTAL DE ASISTENTES (20) |         |                      |                 |  | TOTAL DE ASISTENTES (21) |  |  |  |  |

ELABORÓ

Vo. Bo. SUBDIRECCIÓN MEDICA SMDIF

Nombre y firma (22)

Nombre firma y sello (23)

FO201B15400/060/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
INFORME MENSUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA.**

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <b>Objetivo:</b>                |  | Contar con un documento formalmente requisitado que ampare las usuarias atendidas, así como la distribución de métodos anticonceptivos, detección de cáncer cervico uterino y mamario.  |
| <b>Instrucciones Generales:</b> |  | El formato Informe Mensual de Planificación Familiar y Salud Reproductiva es llenado cada vez que un Sistema Municipal DIF entrega información mensual sobre las usuarias atendidas, distribución de métodos anticonceptivos, detección de cáncer cervico uterino y mamario.                  |
| 1                               | UNIDAD:  | Nombre de la unidad que reporta.  |
| 2                               | LOCALIDAD:   | Nombre de la localidad que reporta.   |
| 3                               | MUNICIPIO:   | Nombre del municipio estatal.   |
| 4                               | Nº DE MUNICIPIO:                                   | Número de municipio.  |
| 5                               | CONSULTORIO:                                       | Número del mismo.   |
| 6                               | FECHA:   | Año y mes que se reporta.   |
| 7                               | PERSONAS ATENDIDAS                                 | Son las usuarias activas o de primera vez que acudieron a consulta por su dotación de métodos anticonceptivos.  |
| 8                               | MÉTODOS DISTRIBUIDOS                               | Total de métodos anticonceptivos durante el mes.  |
| 9                               | BAJAS  | Causas de las bajas ocurridas durante el periodo mensual.   |
| 10                              | MATERIAL DIDACTICO                                 | Material utilizado durante las pláticas y orientaciones en el transcurso del mes.   |
| 11                              | VISITAS DOMICILIARIAS                              | El número realizado durante el mes.   |
| 12                              | DETECCION DE CACU                                  | El número de citologías vaginales realizadas durante el mes.  |
| 13                              | EXAMEN DE MAMAS                                    | El número de exploraciones o técnicas de autoexploración realizadas para la detección de alteraciones de las mamas.   |
| 14                              | CANALIZACIONES MUNICIPIOS ATENDIDOS                | Número de pacientes referidas a segundo nivel.  |
| 15                              |  | El número de municipios atendidos durante el mes.   |
| 16                              | PROMOCION Y FOMENTO INDIVIDUAL (EN EL CONSULTORIO) | El número de orientaciones impartidas durante el mes y por grupo etareo.  |
| 17                              | PROMOCION Y FOMENTO GRUPAL                         | Pláticas impartidas durante el mes y número de asistentes.  |
| 18                              | DIRECCION:   | Anotar el número de supervisiones realizadas a los consultorios médicos durante el mes, El número de las asesorías impartidas por la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud durante el mes y El número de cursos a los que se asistieron durante el mes. |
| 19                              | OBSERVACIONES:                                     | Anotar cualquier eventualidad, donación o situación especial que requiera aclaración.   |
| 20                              | TOTAL DE ASISTENTES                                | Anotar el total de asistentes al fomento individual.  |
| 21                              | TOTAL DE ASISTENTES                                | Anotar el total de asistentes al fomento grupal.  |
| 22                              | NOMBRE Y FIRMA                                     | Nombre y firma de quien elaboró el informe.   |
| 23                              | NOMBRE, FIRMA Y SELLO                              | Anotar el nombre, firma y sello de la subdirección médica del SMDIF.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud

FO201B15400/012/2012



SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE
II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE
III. ANTECEDENTES
IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

CLAVE ÚNICA
Área de llenado y captura
Fecha de Nacimiento
RFC
DÍA MES AÑO

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICAL

**OBJETIVO.-** IDENTIFICACION DEL MUNICIPIO QUE TOMO LA CITOLOGIA, ASI COMO CONOCER LOS DATOS DE LA USUARIA Y EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA PATOLOGIA PROCEDER A LA BREVEDAD POSIBLE A SU LOCALIZACION PARA CANALIZARLA A LA INSTANCIA CORRESPONDIENTE.

**INDICACIONES GENERALES.-** Complete todos los rubros (utilice bolígrafo de tinta oscura, letra clara de molde y números arábigos). En el área de la derecha coloque las claves que corresponda. Utilice una casilla para cada letra o número. Los incisos 1 al 20 serán llenados por el personal que tomó la muestra. Los incisos 19 al 21 serán llenados por el ditotecnólogo. Los incisos 30 al 32 por el patólogo en el laboratorio de citología y el inciso 33 será llenado obligatoriamente por el personal que notifica y/o refiere a la paciente a otro nivel de atención. El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación. Los incisos deben llenarse obligatoriamente en forma completa en los espacios correspondientes.

- I. **IDENTIFICACION DE LA UNIDAD QUE REFIERE.-** Debe disponerse de las claves de los niveles y áreas, correspondientes a la unidad que toma la muestra (entidad, jurisdicción, municipio / delegación); registre el nombre.
- II. **IDENTIFICACION DE LA SOLICITANTE.-** Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la atención.
  6. **Entidad de Nacimiento.-** En caso de no conocer los datos debe anotar "se ignora" en el espacio correspondiente.
  7. **Fecha de Nacimiento.-** En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla el año correspondiente a la edad aproximada de la paciente y complete las casillas día y mes con los números 00/01.
  8. **Edad.-** Años cumplidos. En caso de ignorar el dato anote edad aproximada.
  9. **Nombre.-** Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente.
  10. **Domicilio.-** Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
  11. **Otro Domicilio o Referencia.-** Llenar cuando exista otro domicilio o referencia donde localizarla.
- III. **ANTECEDENTES.-** Se refiere a los antecedentes de la mujer a la que se realiza la detección.
  12. **Citología.-** Elija una sola opción.
  13. **Situación Ginecoobstétrica.-** Elija una a dos opciones.  
La opción (2= Postmenopausia en caso de que la paciente no ha presentado menstruación desde hace un año y medio o más.
  14. **Fecha de la última regla.-** Según refiera la paciente En caso de imprecisión ante el primer día del mes y año aproximados.
  15. **A la exploración se observa.-** Elija el resultado de la exploración ginecológica efectuada con espejo vecinal.
  16. **Utensilio con que tomó la muestra.-** Elija una sola opción.
  17. **Responsable de la toma citológica.-** Anotar el R.F.C. Del responsable de la toma citológica.
  18. **Fecha de la Toma de la Muestra.-** Anote la fecha en que se tomó la muestra citológica.
  19. **Factores de riesgo.-** Elija de una a tres opciones del mismo inciso.
  20. **Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.-** Elija una opción.
- IV. **RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICAL.-** Se refiere a los resultados de la citología de la mujer a la que se realizó la detección.
  21. **Fecha de Interpretación.** Anote la fecha en que se interpreto la citología.
  22. **Número citológico.-** El que el laboratorio asigne a la muestra.
  23. **Laboratorio.-** Deberá ser llenado por el laboratorio.
  24. **Características de la muestra.-** Anote según la presencia de células identificadas en el frotis.
 

**Adecuada:** Cuando la muestra puede ser interpretada sin calificativo y reúne principalmente los siguientes criterios:  
Número de células escamosas bien conservadas que pueden verse fácilmente y que cuban más de 10% de la superficie de la laminilla. 2) Presencia de células de endocervix o de la zona de transformación (en los pacientes con cervix).

**Limitada:** Cuando la muestra puede proveer información diagnóstica útil y reúne principalmente los siguientes criterios:  
Muestra parcialmente obscurecida por sangre, inflamación, áreas gruesas, pobre fijación, artefacto de desecación, contaminantes que imposibilitan ver el 50 o 70% de las células epiteliales. 2) Ausencia de células endocervicales y de la zona de transformación.

**Inadecuada:** Cuando la muestra no es aceptable para una evaluación diagnóstica y se necesita repetir la muestra y reúne principalmente los siguientes criterios: 1) Escasas o insuficientes células epiteliales escamosa, cubriendo menos del 10% de la superficie de la laminilla. 2) Sangre, células características de inflamación, muestra gruesa en la laminilla, pobre fijación secado a aire sin fijas, artefactos, contaminantes, que imposibilitan la interpretación en 7% o más de las células epiteliales. 3) Sin embargo si se detectan células anormales, las muestras nunca deberán clasificarse como inadecuadas, debiendo ser consideradas adecuadas pero limitadas.
  25. **Diagnostico citológico.-** Elija una sola opción del resultado de interpretación de la laminilla.
 

**Negativo a Cáncer (normal).-** Cuando NO se identifican alteraciones celulares relacionadas con proceso inflamatorio, infección por virus del papiloma humano, displasia o cáncer.

**Negativo con proceso inflamatorio.-** Cuando se identifica en la laminilla alteraciones celulares de tipo inflamatorio

**Cáncer Invasor.-** Se refiere al carcinoma epidermoide.
  26. **Hallazgos adicionales.-** Elija una a dos opciones.
  27. **Repetir estudios.-** Elija una sola opción.
  28. **Motivo.-** Elija una opción considerando la más importante de acuerdo a la lista.
  29. **R.F.C. Del Cito tecnólogo.-** Anote el R.F.C., del cito tecnólogo que interpretó la laminilla.
  30. **La muestra fue revisada por el patólogo.-** Recordar que lo ideal es que el patólogo revise el 100% de las laminillas con normalidad.
  31. **Observaciones.-** Las realizadas por el patólogo que revisó la laminilla.
  32. **Firma y R.F.C. Del Patólogo.-** Firma y R.F.C. del patólogo que revisó la laminilla.
  33. **Fecha de notificación de resultado a la paciente.-** Fecha en que la paciente recibió el resultado.

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir capacitación y asesoría por parte de la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM, para la operación del programa.

- b) Solicitar métodos anticonceptivos para su municipio.
- c) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

#### 7.6 Obligaciones de los usuarios

Los SMDIF deberán:

- a) Solicitar mediante oficio la capacitación sobre la operatividad del programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- b) Nombrar formalmente a los Coordinadores médicos y médicos responsables de operar el programa.
- c) Difundir el programa por medio de trípticos, volantes, carteles, pláticas, mantas, pinta de bardas, separadores, etc., durante los meses de octubre y noviembre establecidos como meses de "La Salud de la Mujer".
- d) El Titular del SMDIF deberá facilitar la asistencia de los coordinadores médicos y médicos a las reuniones mensuales y cursos organizados por el DIFEM.

Los coordinadores médicos y médico de los SMDIF deberán:

- e) Elaborar el programa operativo anual municipal en el que se programará y reportará el avance mensual de las actividades del programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- f) Promocionar en las diferentes comunidades del municipio con población sexualmente activa el programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- g) Cumplir en tiempo y forma con los cursos, pláticas, simposios, conferencias y otros eventos que la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud organiza.
- h) Elaborar y llenar el registro de usuarios atendido por el programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva para posteriormente ser entregado en original a la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.
- i) Proporcionar de manera verídica la información solicitada en los reportes.

#### 7.7 Causas de incumplimiento

Cuando el coordinador médico y/o médico de los SMDIF:

- a) No asista a las reuniones mensuales.
- b) No entregue en tiempo y forma la información requerida.
- c) No asista a los cursos y capacitación a que sea convocado.
- d) Cuando se detecte que la información asentada en los reportes mensuales entregados no sea verídica.

#### 7.8 Sanciones

Se retendrá o cancelará el servicio en caso de que se presentara alguna de las causas de incumplimiento mencionadas anteriormente y la retención o cancelación será determinada por el Subdirector de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.

#### 7.9 Contraprestación del usuario

El compromiso de asistir a las reuniones mensuales de capacitación organizadas por la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.

#### 7.10. Procedimiento para la entrega del servicio

- a) El oficio de nombramiento de los coordinadores médicos y médicos deberá dirigirse a la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.
- b) Los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF se presentarán en la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud a efecto de ser dados de alta como responsables de la operatividad del programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.
- c) El DIFEM a través de la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, impartirá los cursos de capacitación inicial intensiva y permanente en las fechas e instalaciones que para tal efecto determine.
- d) La capacitación inicial intensiva, permanente y las reuniones mensuales que lleve a cabo el DIFEM a través de la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud se realizará en el municipio de Toluca.
- e) Al momento de la supervisión llevada a cabo en el municipio se podrá brindar capacitación y asesoría.
- f) Los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF deberán reportar mensualmente las actividades llevadas a cabo en su municipio en la fecha preestablecida para recibir la capacitación.
- g) En las reuniones mensuales organizadas por el DIFEM se llevará a cabo la distribución de métodos anticonceptivos.
- h) El SMDIF podrá solicitar mediante oficio a la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud el apoyo de personal para la toma de citologías cervicales y difusión de técnicas de autoexploración mamaria.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1. Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Planificación Familiar y Salud Reproductiva".

### **8.2. Instancia ejecutora**

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

### **Corresponde al DIFEM:**

- a) Brindar asesoría, capacitación inicial intensiva y permanente a los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF.
- b) Apoyar a los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF con la toma de citologías cervicales que permitan detección oportuna de cáncer Cérvico-uterino en las mujeres sexualmente activas, siempre y cuando lo hayan solicitado mediante oficio, y el apoyo estará sujeto a agenda.
- c) Apoyar a los coordinadores médicos y médicos de los SMDIF con la difusión de técnicas de autoexploración mamaria.
- d) Distribuir métodos anticonceptivos a los SMDIF en las reuniones mensuales.
- e) Supervisar la operatividad del programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en los SMDIF.

### **Corresponde al SMDIF:**

- a) Nombrar a los coordinadores médicos y médicos responsables de operar el programa en su municipio.
- b) Informar al DIFEM sobre la baja o sustitución de coordinadores médicos y/o médicos en su municipio y elaborar oficio mediante el cual designan al nuevo responsable.
- c) Asistir en tiempo y forma a las reuniones, capacitaciones y eventos a que sea convocado por el DIFEM
- d) Verificar que los coordinadores médicos y médicos que operen el programa en el municipio cuenten con cédula profesional.
- e) Dar a conocer los programas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva a la población de su municipio.

## **10. MECANISMO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica.

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## **14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.



**15. QUEJAS Y DENUNCIAS.**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

A través de la página: [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

Correo Electrónico: [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Planificación Familiar y Salud Reproductiva publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Promoción de la prevención de adicciones a través de pláticas, talleres y jornadas de orientación a población abierta o cautiva en riesgo ante el uso de drogas, así como capacitación y asesoría a coordinadores de los Sistemas Municipales DIF del Estado de México encargados de operar el programa de prevención de las adicciones en los municipios de la entidad.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Programa:** Al programa de prevención de las adicciones.

**PREADIC:** Prevención de las Adicciones.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo general**

Mejorar las acciones orientadas a la prevención de las adicciones, mediante actividades preventivo-educativas y de promoción, dirigidas a la población vulnerable, principalmente las enfocadas a causas individuales, familiares y sociales que las provocan.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Promover la realización de actividades educativas-preventivas sobre adicciones, para fomentar una cultura de autocuidado.
- Brindar asesoría y capacitación al personal responsable de operar el programa en los SMDIF.

**4.- POBLACIÓN OBJETIVO**

- a) Personas en riesgo a las adicciones, habitantes del Estado de México.
- b) Coordinadores de los SMDIF.

**5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México.

**6. SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

- **Pláticas, talleres de orientación y jornadas de prevención de adicciones,** dirigidas a población abierta o cautiva en riesgo ante el uso de drogas, donde se les informa sobre problemas específicos de tabaquismo, farmacodependencia y alcoholismo, desalentando el uso de sustancias adictivas.
- **Capacitación:** a coordinadores de los SMDIF responsables de operar el programa en sus municipios.

**6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

**7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO****7.1 Permanencia**

- **Pláticas, talleres de orientación y jornadas de prevención de adicciones:** El servicio se dará por concluido al finalizar las actividades programadas o en su caso se realizarán reprogramaciones según las necesidades de los usuarios.
- **Capacitación:** Los SMDIF permanecerán en el servicio mientras cumplan con los requisitos establecidos en los presentes lineamientos de operación y podrán otorgarse capacitaciones el número de veces que envíen oficio de sustitución o cambio de coordinador del programa.

**7.2 Requisitos y criterios de selección**

Población en general:

- a) Para orientaciones: presentarse en el DIFEM o en el SMDIF que les corresponda en un horario de 09:00 a 18:00 hrs.
- b) Para pláticas, talleres y jornadas de prevención de adicciones: Presentar oficio de solicitud que contenga:
  - 1. Nombre de la Institución que lo solicita.
  - 2. Lugar y fecha donde se requiere.
  - 3. Tema de la actividad a tratar y población a la que va dirigida.
- c) Trasladar al ponente del DIFEM al lugar de la actividad y de regreso al DIFEM.

**SMDIF:**

- a) Enviar oficio de nombramiento del coordinador responsable del programa en el SMDIF, firmado por la presidenta del SMDIF.
- b) Acudir a las instalaciones del Departamento de Prevención de las Adicciones del DIFEM a recibir la asesoría técnica requerida para operar el programa.

**7.3 Criterios de priorización**

- a) Grupos de niños, adolescentes, jóvenes y mujeres.
- b) Usuarios de sustancias adictivas y sus familias.
- c) Padres de familia y profesores de población no consumidora.

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
 Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
 Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
 Departamento de Prevención de las Adicciones



**CÉDULA DE ASESORÍA Y SEGUIMIENTO**

Municipio: (2) \_\_\_\_\_ Localidad: (3) \_\_\_\_\_ Fecha: (1) \_\_\_\_\_  
 Nombre del responsable: (5) \_\_\_\_\_ Teléfono: (4) \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso: (6) \_\_\_\_\_

|   | Sí | No |   | Sí | No |
|---|----|----|---|----|----|
| Integración de la carpeta (7)   |    |    | Integración del expediente clínico (20)                 |    |    |
| Nombramiento (8)  |    |    | Hoja frontal (21)                                       |    |    |
| Programación anual (9)  |    |    | Hoja de evolución (22)                                  |    |    |
| Informes mensuales (sellados de recibido) (10)                              |    |    | Entrevista inicial (23)                                 |    |    |
| Registro de talleres con padrón de beneficiados (sellados de recibido) (11) |    |    | Historia clínica (24)                                   |    |    |
| Registro de pláticas y lista de asistencia (selladas sede) (12)             |    |    | Solicitud de interconsulta médica (25)                  |    |    |
| Resumen de pláticas con su respectiva carta descriptiva (13)                |    |    | Pruebas o test psicológicos (26)                        |    |    |
| Material de apoyo para impartir pláticas (14)                               |    |    | Cuenta con hoja de referencia requisitada (27)          |    |    |
| Estudio descriptivo de adicciones (15)                                      |    |    | Registro de morbilidad de pacientes de primera vez (28) |    |    |
| Material de promoción diseñado (16)   |    |    | Asesoría realizada (29)                                 |    |    |
| Cédula de asesoría y seguimiento (17)                                       |    |    |   |    |    |
| Constancia de asesoría técnica de inducción (18)                            |    |    |   |    |    |
| Registro de orientaciones (19)  |    |    |   |    |    |

Observaciones o compromisos adquiridos: (30)

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

ASESOR

SELLO

RESPONSABLE DEL PROGRAMA PREADIC

Nombre y firma (31)

SMDIF (32)

Nombre y firma (33)

FO201B15401/090/2011

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
 “CEDULA DE ASESORÍA Y SEGUIMIENTO”**

| No. | CONCEPTO               | DESCRIPCIÓN   |
|-----|------------------------|---|
| 1   | Fecha                  | Escribir mes, día y año en que se realiza la actividad.               |
| 2   | Municipio              | Anotar el nombre del municipio donde se lleve a cabo la visita.       |
| 3   | Localidad              | Especificar la dirección en donde se ubica el Sistema Municipal DIF.  |
| 4   | Teléfono               | Anotar el número con clavelada y extensión en donde se le localiza.   |
| 5   | Nombre del responsable | Anotar nombre completo del responsable de operar el programa PREADIC. |
| 6   | Fecha de ingreso       | Anotar fecha con la que inicio la operatividad del programa.          |
| 7   | Integración de carpeta | Marcar Si o No se tiene integrada la carpeta.                         |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 8  | Nombramiento  | Marcar Si o No se cuenta con el nombramiento del responsable de operar el programa de PREADIC.  |
| 9  | Programación anual                                      | Marcar Si o No se cuenta con programa anual de actividades.   |
| 10 | Informes mensuales                                      | Marcar Si o No se tienen informes mensuales de actividades sellados de recibido.  |
| 11 | Registro  | Marcar Si o No se tiene registro de talleres sellados de recibido con lista de asistencia.  |
| 12 | Lista de asistencia de platicas                         | Marcar Si o No se tiene lista de asistencia de platicas con el sello de la sede.  |
| 13 | Resumen de platicas con su respectiva carta descriptiva | Marcar Si o No se cuenta con resumen de platicas otorgadas y respectiva carta descriptiva.  |
| 14 | Material de apoyo para impartir platicas                | Marcar Si o No se tienen diapositivas, acetatos, rota folios, etc., para impartir platicas.   |
| 15 | Estudio descriptivo de adicciones                       | Marcar Si o No se tiene un estudio descriptivo de la situación que guarda su municipio en materia de adicciones.                                      |
| 16 | Material de promoción diseñado                          | Marcar Si o No se cuenta con material tal como trípticos, dípticos, volantes, etc.)   |
| 17 | Cédula de asesoría y seguimiento                        | Marcar Si o No se tienen cédulas de asesoría y seguimiento anteriores.  |
| 18 | Constancia de asesoría técnica de inducción             | Marcar Si o No se cuenta con constancia de haber recibido asesoría técnica de inducción.  |
| 19 | Registro de orientaciones                               | Marcar Si o No se tiene formatos de orientaciones requisitados así como otros documentos que se generen de la orientación brindada.                   |
| 20 | Integración del expediente clínico                      | Marcar Si o No se tienen concentrado en un legajo el expediente clínico.  |
| 21 | Hoja frontal  | Marcar Si o No el expediente cuenta con hoja frontal.   |
| 22 | Hoja de evolución                                       | Marcar Si o No el expediente clínico cuenta con hoja de evolución.  |
| 23 | Entrevista inicial                                      | Marcar Si o No el expediente clínico tiene entrevista inicial.  |
| 24 | Historia clínica  | Marcar Si o No el expediente clínico cuenta con historia clínica requisitada.   |
| 25 | Solicitud de interconsulta médica                       | Marcar Si o No el expediente clínico cuenta con solicitud de interconsulta médica.  |
| 26 | Pruebas o test psicológico                              | Marcar Si o No el expediente clínico tiene integradas pruebas o test psicológicos.  |
| 27 | Hoja de referencia                                      | Marcar Si o No el expediente clínico tiene hoja de referencia requisitada (en caso de haberse derivado a pacientes)                                   |
| 28 | Registro  | Marcar Si o No el expediente clínico cuenta con formato de morbilidad de primera vez requisitado.   |
| 29 | Asesoría realizada                                      | Marcar Si o No se realizó la asesoría y el seguimiento.   |
| 30 | Observaciones   | Anotar puntos específicos no considerados en los anteriores y que se estimen de interés.  |
| 31 | Nombre y firma  | Escribir el nombre completo y plasmar firma de la persona que realizó la asesoría y el seguimiento.   |
| 32 | Sello   | Colocar sello del Sistema Municipal DIF donde se realizó la asesoría y seguimiento.   |
| 33 | Nombre y firma  | Escribir nombre completo y plasmar firma de la persona responsable de operar el programa de Prevención de las Adicciones en el Sistema Municipal DIF. |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Comunicación y Prevención de las Adicciones



**CONSTANCIA DE ASESORÍA TÉCNICA**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

Por este medio se hace constar que (2) \_\_\_\_\_

de la dependencia DIFEM o Sistema Municipal DIF de (3) \_\_\_\_\_

recibió asesoría sobre (4) \_\_\_\_\_

ASESOR

SELLO

PERSONA ASESORADA

Nombre y firma (5)

SMDIF (6)

Nombre y firma (7)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
"CONSTANCIA DE ASESORÍA TÉCNICA"**

| No. | CONCEPTO       | DESCRIPCIÓN   |
|-----|----------------|---|
| 1   | Fecha          | Anotar el día, mes y año en que fue elaborado el formato  |
| 2   | Nombre         | Anotar el nombre completo de la persona que recibió la asesoría.  |
| 3   | Dependencia    | Anotar el nombre de la dependencia del DIFEM o del Sistema Municipal DIF de donde procede la persona que recibió la asesoría. |
| 4   | Tema           | Anotar el tema acerca del cual se realizó la asesoría.  |
| 5   | Nombre y firma | Anotar el nombre completo y firma del asesor técnico del departamento de prevención de las adicciones que otorga la asesoría  |
| 6   | Sello          | Colocar el sello del Departamento de Prevención de las Adicciones.  |
| 7   | Nombre y firma | Anotar nombre y firma de la persona que recibió la asesoría.  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**FORMATO DE ORIENTACIÓN**

Usuario (1)  Familiar (2)  Otro (3)

**a) Datos de Identificación del Usuario**

|                            |                  |                            |            |            |
|----------------------------|------------------|----------------------------|------------|------------|
| Nombre: (4)                | Apellido Paterno | Apellido Materno           | Nombre (s) | Fecha: (5) |
| Fecha de Nacimiento: (6)   | Edad: (7)        |                            | Sexo (8)   |            |
| Estado Civil: (9)          |                  | Escolaridad: (10)          |            |            |
| Domicilio Particular: (11) | Calle            |                            | No. Ext.   | No. Int.   |
| Colonia                    | C.P.             | Municipio                  |            |            |
| Teléfono Particular: (12)  |                  | Teléfono del Trabajo: (13) |            |            |
| Teléfono de Recados: (14)  |                  | Ocupación: (15)            |            |            |
| Referido por: (16)         |                  |                            |            |            |

**b) Datos del Responsable del Usuario o de Quien Recibe la Atención**

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Nombre: (17)    | Parentesco con el Usuario: (18) |
| Domicilio: (19) | Teléfono: (20)                  |

**c) Motivo de Consulta: (21)**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**d) Atención Proporcionada: (22)**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ANVERSO

e) Puntaje de Pruebas: (23)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

f) Canalización y/o Seguimiento: (24)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ELABORÓ RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Vo. Bo. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (25)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (26)

REVERSO

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
ORIENTACIÓN**

**Objetivo:** Orientar a la población para evitar, reducir y detectar oportunamente los problemas relacionados con el alcoholismo y la farmacodependencia

**Distribución y destinatario:** El formato se genera en original y se turna al Departamento de Prevención de las Adicciones

| No. | CONCEPTO                               | DESCRIPCION   |
|-----|--|---|
| 1   | Usuario                                | Se marca con una "X" si es la persona consumidora de sustancias adictivas quien acude a solicitar la atención.  |
| 2   | Familiar                               | Se marca con una "X" si es un familiar de la persona consumidora de sustancias adictivas quien acude a solicitar la atención.   |
| 3   | Otro                                   | Se marca con una "X" si es alguna persona ajena a la familia de la persona consumidora de sustancias adictivas quien asiste a solicitar la atención.  |
|     | a) Datos de identificación del usuario | Se refiere a los datos generales de la persona consumidora de sustancias adictivas los que se escribirán en los apartados subsecuentes.   |
| 4   | Nombre                                 | Este recuadro se deja en blanco, pero se refiere al nombre completo del usuario, el cual se anotará de forma desglosada en los rubros subsecuentes.   |
| 5   | Fecha                                  | Escribir la fecha en que se da la orientación en día, mes y año.  |
| 6   | Fecha de nacimiento                    | Anotar fecha de nacimiento del usuario en día, mes y año.   |
| 7   | Edad                                   | Escribir la edad en años del usuario  |
| 8   | Sexo                                   | Anotar sexo femenino o masculino del usuario.   |
| 9   | Estado civil                           | Escribir el estado civil del usuario en soltero, casado, unión libre u otro (especificar).  |
| 10  | Escolaridad                            | Especificar el último grado escolar cursado por el usuario.   |
| 11  | Domicilio particular                   | Se refiere al domicilio del usuario, el cual se anotará de forma desglosada en los rubros subsecuentes. calle donde vive el usuario, Anotar el número exterior del lugar de habitación del usuario, en caso de no existir colocar "S/N", y Anotar el número interior (en caso de existir) del lugar de habitación del usuario |
| 12  | Teléfono particular                    | Escribir el número de teléfono del domicilio del usuario, en caso de no ser local especificar clave lada.   |
| 13  | Teléfono del trabajo                   | Anotar el número de teléfono del lugar donde labora (en caso de hacerlo) el usuario, en caso de no ser local especificar clave lada.  |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 14 | Teléfono de recados  | Escribir el número de teléfono de alguna persona donde se le pueda dejar recado, en caso de no ser local especificar clavelada.   |
| 15 | Ocupación  | Anotar a qué se dedica el usuario y en caso de estar desempleado escribirlo.  |
| 16 | Referido por<br>b) Datos del responsable del usuario o de quien recibe la atención | Citar la institución o persona que envió a solicitar el servicio del departamento de Prevención de las Adicciones. Se refiere a los datos generales de quien acompaña a la persona consumidora de sustancias adictivas y que puede fungir como responsable de este o de la persona que asiste a solicitar el servicio y se le brinda la atención, aunque sin la compañía del usuario. |
| 17 | Nombre   | Anotar el nombre completo (Nombre, apellidos paterno y materno) de quien acompaña al usuario o de quien recibe la atención.   |
| 18 | Parentesco con el usuario  | Escribir el parentesco que tiene el responsable del usuario o persona a quien se le brinda la atención, con la persona consumidora de sustancias adictivas.   |
| 19 | Domicilio  | Especificar el domicilio de la persona responsable del usuario o de quien recibe la atención.   |
| 20 | Teléfono   | Escribir el número de teléfono de la persona responsable del usuario o de quien recibe la atención, en caso de no ser local especificar clavelada.  |
| 21 | c) Motivo de consulta  | Especificar detalladamente el motivo por el que se asiste a solicitar el servicio.  |
| 22 | d) Atención proporcionada  | Citar a detalle el tipo de atención brindada a la persona solicitante del servicio.   |
| 23 | e) Puntaje de pruebas  | Escribir el nombre de las pruebas o cuestionarios aplicados (en caso de haberse realizado) y los puntajes correspondientes obtenidos en cada una de estas.  |
| 25 | f) Canalización y/o seguimiento  | En caso de ser canalizado el usuario a otra Institución, escribir el nombre de esta y de no ser aceptada la canalización, indicar el seguimiento a llevarse a cabo (nueva cita u otra acción a seguir).   |
| 25 | Elaboró  | Escribir el nombre y cargo de la persona que proporcionó la atención y plasmar firma.   |
| 26 | Vo. Bo.  | Anotar el nombre del jefe de departamento de prevención de las adicciones y la firma correspondiente.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**HOJA DE REFERENCIA**

Folio: (1) \_\_\_\_\_

Fecha: (2) \_\_\_\_\_

Nombre del usuario: (3) \_\_\_\_\_  
Edad: (4) \_\_\_\_\_  
Institución a la que se envía: (5) \_\_\_\_\_  
Nombre y cargo a quien se dirige la hoja de referencia: (6) \_\_\_\_\_

**RESUMEN DEL CASO**

Motivo de referencia: (7) \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: (8) \_\_\_\_\_

Prueba(s) de laboratorio o exámenes realizados y resultados de los mismos: (9) \_\_\_\_\_

Sugerencias: (10) \_\_\_\_\_

Atención otorgada: (11) \_\_\_\_\_

**NOTA:** Favor de enviar contrarreferencia

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**

**USUARIO O RESPONSABLE DE LA ACEPTACIÓN DE REFERENCIA**

Nombre y firma (12) \_\_\_\_\_

Nombre y firma (13) \_\_\_\_\_

**Vo. Bo. DEL SUBDIRECTOR DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

**Vo. Bo. DEL DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR**

Nombre y firma (14) \_\_\_\_\_

Nombre y firma (15) \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**HOJA DE REFERENCIA**

| No. | CAMPO                         | DESCRIPCIÓN  |
|-----|-------------------------------|--|
| 1   | Folio                         | Anotar el número correspondiente o subsecuente que se le asigne.   |
| 2   | Fecha                         | Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato  |
| 3   | Nombre                        | Anotar el nombre completo del usuario.   |
| 4   | Edad                          | Anotar la edad del usuario.  |
| 5   | Institución                   | Anotar la institución a la que se canaliza al usuario  |
| 6   | Nombre y cargo a quien dirige | Anotar el nombre completo y cargo a quien se dirige la hoja de referencia.   |
| 7   | Referencia                    | Anotar el motivo de la referencia antes mencionada.  |
| 8   | Diagnostico                   | Anotar la impresión del diagnostico.   |
| 9   | Examen y resultado            | Anotar la prueba hecha o exámenes realizados y resultados de los mismos.   |
| 10  | Sugerencias                   | Anotar la sugerencia que surgan del usuario.   |
| 11  | Atención otorgada             | Anotar como estuvo la atención otorgada.   |
| 12  | Nombre y firma                | Anotar el nombre completo y firma del jefe de departamento de prevención de las adicciones.  |
| 13  | Nombre y firma                | Anotar el nombre completo y firma del usuario o responsable de la aceptación de referencia.  |
| 14  | Nombre y firma                | Anotar el nombre completo y firma de la persona queda el Vo. Bo. del subdirector de prevención de las adicciones y atención primaria a la salud. |
| 15  | Nombre y firma                | Anotar el nombre completo y firma de la persona queda el Vo. Bo. del director de prevención y bienestar familiar.                                |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**INFORME DE ACTIVIDADES DE JORNADA**

Nombre de la jornada: (1) \_\_\_\_\_  
 Sistema Municipal DIF: (2)  Departamento PREADIC (DIFEM): (3)  Fecha de informe: (4) \_\_\_\_\_  
 Nombre del Municipio: (5) \_\_\_\_\_

| Fecha (6) | Evento o actividad (7) | Número de actividades (8) | Nombre del Lugar (9) |             |          | Propósito (10) | Número de Participantes (11) |              |         |         |  |  |
|-----------|------------------------|---------------------------|----------------------|-------------|----------|----------------|------------------------------|--------------|---------|---------|--|--|
|           |                        |                           | Comunidad            | Centros DIF | Escuelas |                | Niñas                        | Adolescentes | Jóvenes | Adultos |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |
|           |                        |                           |                      |             |          |                |                              |              |         |         |  |  |

Rango de edades: (12)

| Nombre de la actividad | Grupos de niñas y niños (4 a 6 años) |         |       | Nombre de la actividad | Grupos de niñas y niños (7 a 12 años) |         |       | Nombre de la actividad | Grupos de adolescentes (13 a 18 años) |         |       | Nombre de la actividad | Grupos de jóvenes (19 a 24 años) |         |       | Nombre de la actividad | Grupos de población mayor de 25 años |         |       |
|------------------------|--------------------------------------|---------|-------|------------------------|---------------------------------------|---------|-------|------------------------|---------------------------------------|---------|-------|------------------------|----------------------------------|---------|-------|------------------------|--------------------------------------|---------|-------|
|                        | Mujeres                              | Hombres | Total |                        | Mujeres                               | Hombres | Total |                        | Mujeres                               | Hombres | Total |                        | Mujeres                          | Hombres | Total |                        | Mujeres                              | Hombres | Total |
|                        |                                      |         |       |                        |                                       |         |       |                        |                                       |         |       |                        |                                  |         |       |                        |                                      |         |       |

ELABORÓ EL RESPONSABLE DEL PROGRAMA PREADIC

SELLO

Vo. Bo. DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y firma (13)

Institución que reporta (14)

Nombre y firma (15)



**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
INFORME DE ACTIVIDADES DE JORNADA**

| No. | CONCEPTO                     | DESCRIPCIÓN  |
|-----|------------------------------|--|
| 1   | Nombre de la jornada         | Anotar el nombre de la fecha relevante a conmemorar.   |
| 2   | Sistema Municipal DIF        | Marcar en el recuadro, si es que el informe en cuestión corresponde a un SMDIF   |
| 3   | Departamento PREADIC (DIFEM) | Marcar en el recuadro si es que el informe en cuestión corresponde a DIF Estado de México  |
| 4   | Fecha                        | Anotar el día, mes y año en la que se está haciendo el informe.  |
| 5   | Nombre del municipio         | Anotar el nombre del municipio al que corresponde el informe   |
| 6   | Fecha                        | Anotar día, mes y año en que se realizó la actividad.  |
| 7   | Evento o actividad           | Anotar el nombre de las actividades realizadas (pláticas desfiles conferencias etc.)   |
| 8   | Número de actividades        | Escribir la cantidad de actividades que se realizaron.   |
| 9   | Nombre del lugar             | Anotar nombre del lugar en donde se realizó la actividad (si fue en comunidad como se llama, si fue en centro DIF en cual, y si fue en escuela como se llama) según corresponda en las columnas. |
| 10  | Propósito                    | Anotar con qué fin se realizó la actividad (promoción, información, etc.)  |
| 11  | Número de participantes      | Anotar número de niñas y niños, adolescentes y adultos que participaron en la jornada, según corresponda en las columnas.  |
| 12  | Rangos de edad               | Anotar nombre de la actividad realizada y número de hombres y mujeres de acuerdo a los rangos de edad marcados.  |
| 13  | Nombre y firma               | Anotar el nombre completo y firma de la persona que elaboró el responsable del programa PREADIC.   |
| 14  | Sello                        | Colocar el sello de la Institución que reporta.  |
| 15  | Vo. Bo.                      | Anotar el nombre completo y firma del jefe inmediato.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección Familiar y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ Fecha: (2) \_\_\_\_\_ Día de corte: (3) \_\_\_\_\_

| ACTIVIDAD                            | CANTIDAD (4) | No. BENEFICIARIOS (5) | TIPO DE POBLACIÓN (6) |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR (7) |
|--------------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-----------------------|
|                                      |              |                       | NIÑOS                 | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                       |
| <b>I PLÁTICAS Y/O CONFERENCIAS *</b> |              |                       |                       |              |         |         |                   |       |                       |
| Prevencción del tabaquismo           |              |                       |                       |              |         |         |                   |       |                       |
| Prevencción del alcoholismo          |              |                       |                       |              |         |         |                   |       |                       |
| Prevencción de la farmacodependencia |              |                       |                       |              |         |         |                   |       |                       |
| Otros temas                          |              |                       |                       |              |         |         |                   |       |                       |

**RANGO DE EDADES: (8)**

| No. actividad | Grupos de niñas y niños (4 a 6 años) |         |       | No. actividad | Grupos de niñas y niños (7 a 12 años) |         |       | No. actividad | Grupos de adolescentes (13 a 18 años) |         |       | No. actividad | Grupos de jóvenes (19 a 24 años) |         |       | No. actividad | Grupos de población mayor de 25 años |         |       |
|---------------|--------------------------------------|---------|-------|---------------|---------------------------------------|---------|-------|---------------|---------------------------------------|---------|-------|---------------|----------------------------------|---------|-------|---------------|--------------------------------------|---------|-------|
|               | MUJERES                              | HOMBRES | TOTAL |               | MUJERES                               | HOMBRES | TOTAL |               | MUJERES                               | HOMBRES | TOTAL |               | MUJERES                          | HOMBRES | TOTAL |               | MUJERES                              | HOMBRES | TOTAL |
|               |                                      |         |       |               |                                       |         |       |               |                                       |         |       |               |                                  |         |       |               |                                      |         |       |

**NOMBRE DE PLÁTICAS IMPARTIDAS: (9)**

| ACTIVIDAD              | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR |
|------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-------------------|
|                        |          |                   | NIÑOS             | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                   |
| <b>II ORIENTADORES</b> |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Tabaquismo             |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Alcoholismo            |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Farmacodependencia     |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Otros temas            |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |

| ACTIVIDAD             | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |  |  |  |  |  | COMUNIDAD O LUGAR |
|-----------------------|----------|-------------------|-------------------|--|--|--|--|--|-------------------|
| <b>III TALLERES *</b> |          |                   |                   |  |  |  |  |  |                   |

ANVERSO

| ACTIVIDAD                           | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR |
|-------------------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-------------------|
|                                     |          |                   | NIÑOS             | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                   |
| <b>IV PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN</b>      |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Periódicos murales                  |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Tripticos/ volantes                 |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Spots de radio y televisión         |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Jornadas                            |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Coordinaciones interinstitucionales |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |

| ACTIVIDAD                           | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR |
|-------------------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-------------------|
|                                     |          |                   | NIÑOS             | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                   |
| <b>V CONSULTAS 1RA. VEZ *</b>       |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Tabaquismo                          |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Alcoholismo                         |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Farmacodependencia                  |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Codependientes y/o otros trastornos |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |

| ACTIVIDAD                           | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR |
|-------------------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-------------------|
|                                     |          |                   | NIÑOS             | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                   |
| <b>VI CONSULTAS SUBSECUENTES</b>    |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Tabaquismo                          |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Alcoholismo                         |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Farmacodependencia                  |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |
| Codependientes y/o otros trastornos |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |

| ACTIVIDAD                      | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR |
|--------------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-------------------|
|                                |          |                   | NIÑOS             | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                   |
| <b>VII GRUPOS TERAPÉUTICOS</b> |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |

| ACTIVIDAD                  | CANTIDAD | No. BENEFICIARIOS | TIPO DE POBLACIÓN |              |         |         |                   |       | COMUNIDAD O LUGAR |
|----------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------|---------|---------|-------------------|-------|-------------------|
|                            |          |                   | NIÑOS             | ADOLESCENTES | JÓVENES | ADULTOS | PADRES DE FAMILIA | OTROS |                   |
| <b>VIII CANALIZACIONES</b> |          |                   |                   |              |         |         |                   |       |                   |

\* ANEXAR SOPORTE CORRESPONDIENTE: REPORTE DE TALLERES Y MORBILIDAD DE PACIENTES DE 1ª VEZ POR TIPO DE TRASTORNO, SEXO Y GRUPO DE EDAD (CIE-10)

OBSERVACIONES: (10) \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DEL PROGRAMA PREADIC

SELLO

Vo. Bo. DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (11)

\_\_\_\_\_  
SMDIF (12)

\_\_\_\_\_  
Nombre, cargo y firma (13)

REVERSO

### INSTRUCTIVO DE LLENADO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

| No.   | CONCEPTO            | DESCRIPCIÓN  |
|---|---------------------|--|
| 1   | Municipio           | Anotar el nombre del municipio que pertenece.  |
| 2   | Fecha               | Anotar día, mes y año en que se elaboro el formato   |
| 3   | Día de corte        | Anotar el día del corte del informe mensual  |
| 4   | Cantidad            | Anotar en el recuadro correspondiente la cantidad de actividades realizadas durante la platica o conferencia.                                    |
| 5   | No de beneficiarios | Anotar en el recuadro correspondiente los beneficiarios que asistieron durante la platica o conferencia.   |
| 6   | Tipo de poblacion   | Anotar el tipo de poblacion que asisitio a la actividad platica o conferencia (niños, adolescentes, jovenes, adultos, padres de familia y otros) |
| 7   | Comunidad           | Anotar la comunidad o lugar que asisitio a las actividades de platicas o conferencias.   |
| 8   | Edades              | Anotara en cada uno de los cuadros el rubro que le corresponda en cada uno de los campos.  |
| 9   | Platicas            | Anotar el nombre de las platicas impartidas durante la actividad.  |
| 10  | Observaciones       | Anotar las observaciones que hubo durante el mes de las actividades de platicas y conferencias.  |
| 11  | Nombre y firma      | Anotar le nombre completo y firma del responsable del programa PREADIC   |
| 12  | Sello               | Colocar el sello del SMDIF   |
| 13  | Nombre y firma      | Anotar el nombre completo, cargo y firma de la persona que da el Vo. Bo. del jefe del departamento de PREADIC.                                   |
| <b>Nota:</b> El formato debera entregarse el dia de la reunion mensual o ser enviado via fax en la misma fecha, con los soportes correspondientes |                     |  |





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**MORBILIDAD DE PACIENTES DE 1ª VEZ POR TIPO DE TRASTORNO, SEXO Y GRUPO DE EDAD (CIE-10)**

| Municipio: (1) _____ |              |                    |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   | Mes de (2) _____ |   |       |   |       |   |                 |   |       |   |       |   |          |  |                |              |       |
|----------------------|--------------|--------------------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------------------|---|-------|---|-------|---|-----------------|---|-------|---|-------|---|----------|--|----------------|--------------|-------|
| Clave (3)            | Subclave (4) | GRUPOS DE EDAD (5) |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                  |   |       |   |       |   | TRATAMIENTO (6) |   |       |   |       |   |          |  |                |              |       |
|                      |              | 5-9                |   | 10-14 |   | 15-19 |   | 20-24 |   | 25-29 |   | 30-34 |   | 35-39            |   | 40-44 |   | 45-49 |   | 50-54           |   | 55-59 |   | 60-64 |   | 65 y más |  | Fármaco logico | Terapéu tico | Grupo |
|                      |              | F                  | M | F     | M | F     | M | F     | M | F     | M | F     | M | F                | M | F     | M | F     | M | F               | M | F     | M | F     | M |          |  |                |              |       |
| Totales (7)          |              |                    |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                  |   |       |   |       |   |                 |   |       |   |       |   |          |  |                |              |       |

ANVERSO

Vo. Bo. DE LA PRESIDENTA (E) DEL SMDIF

COORDINADOR DEL SMDIF

Nombre y firma (8)

Nombre y firma (9)

FO201B15401/240/2013

**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS**

DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES

| CLAVE | DESCRIPCIÓN   |
|-------|---|
| F10   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DEL ALCOHOL                                       |
| F11   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES  |
| F12   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES                                   |
| F13   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNÓTICOS                           |
| F14   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA  |
| F15   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)     |
| F16   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS                                   |
| F17   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO   |
| F18   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES                          |
| F19   | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS |

SUBCLAVE

| CLAVE | DESCRIPCIÓN  |
|-------|--|
| F1x.0 | INTOXICACIÓN AGUDA   |
| F1x.1 | CONSUMO PERJUDICIAL  |
| F1x.2 | SÍNDROME DE DEPENDENCIA  |
| F1x.3 | SÍNDROME DE ABSTINENCIA  |
| F1x.4 | SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM   |
| F1x.5 | TRASTORNO PSICOTICO  |
| F1x.6 | SÍNDROME AMNESICO INDUCIDO POR ALCOHOL O DROGAS  |
| F1x.7 | TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL Y DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPICAS        |
| F1x.8 | OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPICAS          |
| F1x.9 | TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPICAS SIN ESPECIFICACION |

REVERSO

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO**  
MORBILIDAD DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ POR TIPO DE  
TRASTORNO, SEXO Y GRUPO DE EDAD ( CIE -10 )

| No. | CAMPO                 | INSTRUCCIONES   |
|-----|-----------------------|---|
| 1   | Municipio:            | anotar el nombre que identifica al municipio que emite el reporte   |
| 2   | Mes:                  | Especificar el mes que reporta considerando la fecha de corte del informe mensual, cuyos datos en ambos formatos, deben coincidir.  |
| 3   | Clave:                | Anotar el número que corresponda a la descripción que presenta el paciente por el consumo de sustancia (s), que genera la consulta.   |
| 4   | Subclave:             | Anotar el número que corresponda a la descripción de lo que presenta el paciente.   |
| 5   | Grupos de edad:       | Registrar en el cuadro que corresponda al sexo y edad del paciente que recibe el servicio, se debe utilizar un renglón para cada consulta que se brinde   |
| 6   | Tratamiento:          | Especificar en el recuadro el tipo (s) de tratamiento (s) que se le da al paciente, (farmacológico se refieren al otorgamiento de medicamento o productos farmacéuticos aun cuando sean prescritos por otro especialista), (Se considera al ingreso de terapia individual (procesos psicológicos) y (Señalar este rubro cuando el paciente ingresa a un grupo para el manejo de su padecimiento). |
| 7   | Totales:              | Anotar el número que resulte de realizar la suma de cada columna  |
| 8   | Vo. Bo.               | Nombre y firma de la autoridad municipal  |
| 9   | Coordinador del SMDIF | Anotar nombre y firma del coordinador municipal   |
|     | Nota                  | El paciente puede recibir más de un tipo de tratamiento Se entregara anexo con el reporte mensual, el día de la reunión mensual de coordinadores municipales  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**REGISTRO DE TALLERES PARA EL PROGRAMA NUEVA VIDA**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ Fecha: (2) \_\_\_\_\_

Marque con una "X" el tema del taller realizado: (3)

Habilidades para la vida  Mitos y realidades de las Drogas

La familia la mejor fortaleza contra las adicciones

1.- Comunidad o localidad donde se imparte: (4) \_\_\_\_\_

2.- No. de integrantes: (5) \_\_\_\_\_ 3.- No. de sesiones programadas: (6) \_\_\_\_\_

4.- Día (s) de sesión: (7) \_\_\_\_\_ 5.- Horario: (8) \_\_\_\_\_

6.- Lugar de sesión: (9) \_\_\_\_\_

7.- Fecha de inicio del taller (día, mes y año): (10) \_\_\_\_\_

8.- Fecha de término del taller (día, mes y año): (11) \_\_\_\_\_

9.- Tipo de población (especificar): (12) \_\_\_\_\_

10.-Marcar el total de los grupos de niños, adolescentes, jóvenes y mayores (13)

| Grupos de niñas y niños (4 a 6 años) |         |       | Grupos de niñas y niños (7 a 12 años) |         |       | Grupos de adolescentes (13 a 18 años) |         |       | Grupos de jóvenes (19 a 24 años) |         |       | Grupos de población mayor de 25 años |         |       |
|--------------------------------------|---------|-------|---------------------------------------|---------|-------|---------------------------------------|---------|-------|----------------------------------|---------|-------|--------------------------------------|---------|-------|
| Mujeres                              | Hombres | Total | Mujeres                               | Hombres | Total | Mujeres                               | Hombres | Total | Mujeres                          | Hombres | Total | Mujeres                              | Hombres | Total |
|                                      |         |       |                                       |         |       |                                       |         |       |                                  |         |       |                                      |         |       |

11.- Responsable del grupo: (14) \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA**  
**PREADIC**

**SELLO**

**Vo. Bo. DEL JEFE INMEDIATO**  
**DEL PREADIC**

Nombre y firma (15)

SMDIF (16)

Nombre, cargo y firma (17)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
REGISTRO DE TALLERES PARA EL PROGRAMA NUEVA VIDA**

| No. | CONCEPTO                               | DESCRIPCIÓN   |
|-----|--|---|
| 1   | Municipio                              | Nombre del municipio que envía el reporte   |
| 2   | Fecha                                  | Anotar día, mes y año en que fue elaborado el formato.  |
| 3   | Taller realizado                       | Marcar el recuadro que corresponda al tema del taller.  |
| 4   | Comunidad o localidad donde se imparte | Especificar el nombre de la comunidad o localidad donde se realiza el taller.   |
| 5   | No. de integrantes                     | Anotar el número de personas que asisten al taller  |
| 6   | No. de sesiones programadas            | Anotar el número de reuniones que tendrá la duración del taller.  |
| 7   | Días de sesión                         | Anotar el día (s) de la semana en que se llevara a cabo el taller   |
| 8   | Horario                                | Colocar la hora en que inicia y la hora en que termina la sesión  |
| 9   | Lugar de sesión                        | Anotar el nombre de la institución o lugar y domicilio donde se lleva a cabo el taller.   |
| 10  | Fecha de inicio del taller             | Anotar día, mes y año en que se inicia el taller.   |
| 11  | Fecha de término del taller            | Anotar día, mes y año en que se estima concluir el taller   |
| 12  | Tipo de población                      | Escribir a que tipo de población va dirigido el taller y marcar en el recuadro que corresponda según el tipo de población que asiste al taller. |
| 13  | Totales                                | Anotar el total de los grupos de niños  |
| 14  | Responsable del grupo                  | Anotar el nombre completo de la persona que impartirá el taller.  |
| 15  | Nombre y firma                         | Anotar el nombre completo y firma del responsable del programa PREADIC  |
| 16  | Sello                                  | Colocar el sello de la institución a la que se dirigió el taller.   |
| 17  | Nombre, cargo y firma                  | Anotar el nombre completo, cargo y firma del Vo. Bo. del jefe inmediato del responsable del programa PREADIC.                                   |

Nota: el registro de talleres deberá requisitarse solo al inicio del taller y se entregará anexo al reporte mensual



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**REGISTRO DE TALLERES**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ Fecha: (2) \_\_\_\_\_

Marque con una "X" el tema del taller realizado: (3)

Alcoholismo  Tabaquismo  Farmacodependencia

Cómo Proteger a tus Hijos Contra las Drogas

Otros  Especifique el tema: \_\_\_\_\_

1.- Comunidad o localidad donde se imparte: (4) \_\_\_\_\_

2.- No. de integrantes: (5) \_\_\_\_\_ 3.- No. de sesiones programadas: (6) \_\_\_\_\_

4.- Día (s) de sesión: (7) \_\_\_\_\_ 5.- Horario: (8) \_\_\_\_\_

6.- Lugar de sesión: (9) \_\_\_\_\_

7.- Fecha de inicio del taller (día, mes y año): (10) \_\_\_\_\_

8.- Fecha de término del taller (día, mes y año): (11) \_\_\_\_\_

9.- Tipo de población (especificar): (12) \_\_\_\_\_

10.- Marcar el total de los grupos de niños, adolescentes, jóvenes y mayores (13)

| Grupos de niñas y niños (4 a 6 años) |         |       | Grupos de niñas y niños (7 a 12 años) |         |       | Grupos de adolescentes (13 a 18 años) |         |       | Grupos de jóvenes (19 a 24 años) |         |       | Grupos de población mayor de 25 años |         |       |
|--------------------------------------|---------|-------|---------------------------------------|---------|-------|---------------------------------------|---------|-------|----------------------------------|---------|-------|--------------------------------------|---------|-------|
| Hombres                              | Mujeres | Total | Hombres                               | Mujeres | Total | Hombres                               | Mujeres | Total | Hombres                          | Mujeres | Total | Hombres                              | Mujeres | Total |
|                                      |         |       |                                       |         |       |                                       |         |       |                                  |         |       |                                      |         |       |

11.- Responsable del grupo: (14) \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA  
PREADIC**

**SELLO**

**Vo. Bo. DEL JEFE INMEDIATO  
DEL PREADIC**

Nombre y firma (15)

SMDIF (16)

Nombre, cargo y firma (17)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
"REGISTRO DE TALLERES"**

| No. | CONCEPTO                               | DESCRIPCIÓN   |
|-----|--|---|
| 1   | Municipio                              | Nombre del municipio que envía el reporte.  |
| 2   | Fecha                                  | Anotar día, mes y año en que fue elaborado el formato.  |
| 3   | Taller realizado                       | Marcar el recuadro que corresponda al tema del taller.  |
| 4   | Comunidad o localidad donde se imparte | Especificar el nombre de la comunidad o localidad donde se realiza el taller.   |
| 5   | No. de integrantes                     | Anotar el número de personas que asisten al taller.   |
| 6   | No. de sesiones programadas            | Anotar el número de reuniones que tendrá la duración del taller.  |
| 7   | Días de sesión                         | Anotar el día (s) de la semana en que se llevará a cabo el taller.  |
| 8   | Horario                                | Colocar la hora en que inicia y la hora en que termina la sesión.   |
| 9   | Lugar de sesión                        | Anotar el nombre de la institución o lugar y domicilio donde se lleva a cabo el taller.   |
| 10  | Fecha de inicio del taller             | Anotar día, mes y año en que se inicia el taller.   |
| 11  | Fecha de término del taller            | Anotar día, mes y año en que se estima concluir el taller.  |
| 12  | Tipo de población                      | Escribir a que tipo de población va dirigido el taller y marcar en el recuadro que corresponda según el tipo de población que asiste al taller. |
| 13  | Totales                                | Anotar el total de los grupos de niños.   |
| 14  | Responsable del grupo                  | Anotar el nombre completo de la persona que impartirá el taller.  |
| 15  | Nombre y firma                         | Anotar el nombre completo y firma del responsable del programa PREADIC.   |
| 16  | Sello                                  | Colocar el sello de la institución a la que se dirigió el taller.   |
| 17  | Nombre, cargo y firma                  | Anotar el nombre completo, cargo y firma del Vo. Bo. del jefe inmediato del responsable del programa PREADIC.                                   |

Nota: El registro de talleres deberá requisitarse solo al inicio del taller y se entregara anexo al reporte mensual



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud  
Departamento de Prevención de las Adicciones



**VISITA DE PROMOCIÓN CON TITULARES DE LOS SMDIF PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS DE ADICCIONES**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ Fecha: (2) \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Dirección: (3) \_\_\_\_\_

Teléfono: (4) \_\_\_\_\_ Fax: (5) \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD (6)**

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

**ACUERDOS Y COMPROMISOS (7)**

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

**AUTORIDAD DEL SMDIF**

**SELLO**

**ASESOR DEL PROGRAMA PREADIC**

Nombre y firma (3)

SMDIF (9)

Nombre y firma (10)

| INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO:<br>VISITA DE PROMOCIÓN CON TITULARES  |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| <b>Objetivo:</b> Lograr la operación de los programas de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar que en materia de prevención y atención a problemas sociales se puedan desarrollar en los Sistemas Municipales DIF en beneficio de la población vulnerable |                             |   |
| <b>Distribución y Destinatario:</b> El formato se genera en original y una copia. El original se turna al Departamento de Prevención de las Adicciones y la copia es archivada en la carpeta del programa del municipio   |                             |   |
| No.   | CONCEPTO                    | DESCRIPCIÓN   |
| 1   | Nombre del municipio        | Anotar el nombre del municipio que se visita                              |
| 2   | Fecha:                      | Señalar mes, día y año en que se realiza la actividad.                    |
| 3   | Dirección:                  | Anotar la ubicación del sistema municipal                                 |
| 4   | No. Telefónico              | Anotar el numero con clave lada extensión                                 |
| 5   | No. Fax                     | Anotar el numero con clave lada extensión                                 |
| 6   | Actividad                   | Anotar la propuesta del programa que aplicara el sistema municipal        |
| 7   | Acuerdos y Compromisos      | Anotar los asuntos o aspectos a tratar y compromisos pendientes           |
| 8   | Autoridad del SMDIF         | Anotar el nombre, cargo y firma de la persona para oficializar su visita. |
| 9   | Sello                       | Colocar el sello de la Institución  |
| 10  | Asesor del Programa Preadic | Colocar Nombre y firma del asesor del programa                            |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- Recibir el servicio.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

Población en General:

- Proporcionar de manera veraz la información que le sea requerida.
- Asistir (en su caso) al número de sesiones a que sea programado.

SMDIF:

- Acudir a los cursos de capacitación a los que se le convoque.
- Asistir a las sesiones mensuales.
- Cumplir en tiempo y forma con la entrega de la información que le sea solicitada.

### 7.7 Causas de incumplimiento

Cuando el coordinador del programa en el SMDIF:

- No asista a las reuniones mensuales.
- No asista a los cursos a que sea convocado.
- No entregue en tiempo y forma la información requerida.

### 7.8 Sanciones

Se retendrá o cancelará el servicio en caso de que se presentara alguna de las causas de incumplimiento mencionadas anteriormente y la retención o cancelación será determinada por el Subdirector de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.

### 7.9 Contraprestación del usuario

Cumplir con su asistencia a los cursos.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- El SMDIF deberá enviar oficio de nombramiento de los coordinadores dirigido a la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM, quien turnará al Departamento de Prevención de las Adicciones.



- b) El público en general deberá presentar oficio de solicitud de pláticas o talleres dirigido a la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.
- c) El Departamento de Prevención de las Adicciones del DIFEM agendará las pláticas o talleres solicitados y lo hará del conocimiento del solicitante, para que se presenten en la fecha, lugar y hora programados.
- d) Los coordinadores de los SMDIF se presentarán en el Departamento de Prevención de las Adicciones a efecto de ser dados de alta como responsables de la operatividad del programa de Prevención de las Adicciones.
- e) El DIFEM a través del Departamento de Prevención de las Adicciones, impartirá los cursos de capacitación en las fechas e instalaciones que para tal efecto determine.
- f) La capacitación y las reuniones mensuales que lleve a cabo el DIFEM a través del Departamento de Prevención de las Adicciones se realizará en el municipio de Toluca.
- g) Al momento de la supervisión llevada a cabo en el municipio se podrá brindar capacitación y asesoría.
- h) Los coordinadores de los SMDIF deberán reportar mensualmente al Departamento de Prevención de las Adicciones las actividades llevadas a cabo en su municipio en la fecha preestablecida para recibir la capacitación.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Prevención de las Adicciones".

### 8.2. Instancia ejecutora

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través del Departamento de Prevención de las Adicciones, así como los coordinadores de los SMDIF responsables de operar el programa en sus municipios.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde al DIFEM:

- a) Elaborar material impreso que contenga información sobre adicciones, para difundirla entre la población.
- b) Informar a la población sobre problemas específicos de farmacodependencia y alcoholismo, desalentando el uso de sustancias adictivas.
- c) Difundir los lineamientos de operación y la normatividad, así como brindar asesoría al personal operativo de los SMDIF, para realizar acciones preventivas y de atención sobre adicciones.
- d) Promover acciones orientadas a evitar, reducir y detectar oportunamente los problemas relacionados con el alcoholismo y la farmacodependencia.
- e) Ejecutar en coordinación con los Sistemas Municipales DIF, acciones multidisciplinarias encaminadas a la prevención de adicciones.
- f) Promover en los SMDIF la identificación de las áreas geográficas consideradas de alto riesgo para el consumo de sustancias adictivas, tomando como base lineamientos de instituciones que realizan investigación en adicciones para conocer la problemática en cada municipio de la entidad y ofrecer alternativas reales de solución.
- g) Difundir entre autoridades municipales, la importancia de la prevención del alcoholismo y la farmacodependencia, principalmente en la población infantil y juvenil.
- h) Ejecutar, en coordinación con instituciones públicas y privadas que realicen actividades afines, programas y acciones en materia de prevención de adicciones.
- i) Brindar curso de inducción al personal de nuevo ingreso, donde a través de la Carpeta de Inducción se especificarán los lineamientos y políticas del programa, para que realicen sus actividades en apego a los mismos.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Nombrar al Coordinador de Prevención de las Adicciones.
- b) Notificar a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM el inicio de la operación del programa, enviando oficio con el nombre del coordinador (a) municipal.
- c) Integrar grupos comunitarios con los que realice actividades de prevención sobre tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.
- d) Considerar que el perfil del coordinador que opere este programa sea de psicólogo titulado para que pueda brindar consulta psicológica ambulatoria, en caso contrario solo deberá realizar actividades preventivas.
- e) Proporcionar orientación individual a la población que lo solicite.
- f) Proporcionar los elementos necesarios para la adecuada operatividad de las actividades de prevención en sus diferentes vertientes (pláticas, cursos, talleres, conferencias, etc.), de atención (orientación, consulta psicológica y terapia familiar), promoción y difusión.

- g) Elaborar el plan anual de actividades, presentándolo a sus autoridades y obtener su visto bueno para entrega al DIFEM y así contar con parámetros de comparación entre lo proyectado y lo realizado mensualmente.
- h) Realizar un diagnóstico situacional para detectar zonas de alto riesgo para las adicciones y establecer estrategias de protección y/o atención.
- i) Elaborar un Estudio Descriptivo de adicciones de su municipio con el fin de implementar las acciones de prevención y atención de acuerdo a las necesidades reales de su población.
- j) Programar, coordinar y realizar actividades intensivas durante las fechas establecidas por el DIFEM:
  1. Campaña Compartiendo esfuerzos en la tercera semana del mes de enero en coordinación con AA. (Alcohólicos Anónimos).
  2. 31 de Mayo Día Mundial sin tabaco.
  3. Jornada Estatal contra las Adicciones 26 de junio Día Internacional del Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas.
  4. Campaña Navideña para la Moderación del Consumo de Bebidas Alcohólicas
- k) Elaborar Informe mensual de actividades, concentrado de evaluación de calidad, puntualidad de pacientes de 1ª vez y registro de taller con la lista de usuarios para visto bueno de sus autoridades y su entrega en la fecha establecida para la reunión mensual.
- l) Asistir a reuniones mensuales para coordinadores municipales programadas por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar.
- m) Proporcionar pláticas preventivo-informativas a grupos de niños, jóvenes y adultos.
- n) Implementar talleres preventivos.
- o) Proporcionar consulta Psicológica o integrar expediente clínico de acuerdo a la NOM-160-SSA1-1998 de pacientes con adicciones, está establecido que el psicólogo tratante deberá ser titulado para ejercer legalmente su profesión y deberá establecer su diagnóstico de acuerdo al CIE-10.
- p) Elaborar material de promoción del servicio e información sobre las drogas para la población en general.
- q) Modificar a PREADIC en caso de tener programada una visita de asesoría y seguimiento a compromisos, cualquier circunstancia que impida realizar esta actividad.
- r) Asistir a los cursos de capacitación convocados por el DIFEM.
- s) Cuando el coordinador municipal no brinde consulta a farmacodependientes y reciba apoyo por el coordinador de otro programa, deberá contemplar esta actividad en su reporte, pero hará mención de esta situación en el rubro de observaciones de dicho informe.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

En los SMDIF se buscará integrar grupos comunitarios con los que se realizarán actividades de prevención sobre tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**

DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**

DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**

JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Prevención de las Adicciones publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**

DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL PREVENCIÓN DE  
TRASTORNOS EMOCIONALES EN MUJERES**

**I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Se imparten talleres, conferencias, cursos y asesorías, conjuntamente con los Sistemas Municipales DIF del Estado de México para prevenir los trastornos emocionales propios de la mujer, como son la depresión, codependencia, angustia, ansiedad, trastornos de alimentación, sexualidad y del sueño, entre otros.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Programa:** Al programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres susceptibles de padecer trastornos emocionales, a través de actividades de prevención que permitan alcanzar su dignificación y desarrollo integral.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Disminuir conductas de riesgo brindando atención preventiva, personalizada e inmediata a mujeres que presenten alguna problemática que afecte su bienestar emocional.
- Contribuir en la promoción de actividades de prevención de trastornos emocionales propios del género femenino realizadas por los SMDIF, a través de la capacitación y asesoría técnica.
- Proporcionar a la mujer herramientas que le permitan elevar su calidad de vida, mediante el conocimiento de técnicas psico-educativas.
- Incrementar el desarrollo educativo de la mujer sobre los aspectos que contribuyan a la salud mental de si misma y de quien la rodea.
- Promover a través de los SMDIF la capacitación permanente de la mujer para su desempeño laboral, para que participe activamente en la economía familiar.
- Proporcionar información a mujeres y hombres a través del Taller de Género Masculino, dándole nuevos significados a la relación familiar para que se genere una cultura de equidad, sin violencia, a través de herramientas que faciliten la solución de sus problemas.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

- . Mujeres de 19 a 59 años de edad con interés en mejorar su calidad de vida y la de su familia mediante la prevención de trastornos emocionales.
- . Coordinadores Municipales de Salud Mental de la Mujer de los 125 SMDIF.

### 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

- **Asesoría para la Prevención de Trastornos Emocionales:** Atención preventiva, personalizada e inmediata a mujeres de 19 a 59 años que presenten al momento alguna problemática que afecte su bienestar emocional.
- **Taller Preventivo de Depresión:** Conformado por 8 sesiones una por semana, con duración de dos horas, bajo la técnica psico-educativa.

Los temas que se abordan son:

- . ¿Qué es la depresión?
  - . ¿Por qué nos deprimimos?
  - . Historia infantil
  - . Acontecimientos de la vida
  - . Condición social de la mujer
  - . ¿Qué hacer y dónde ir?
- **Prevención de Trastornos Emocionales:** Talleres, conferencias y/o pláticas, con duración de una a dos horas.
- Los temas que se abordan, entre otros, son:
- . Mitos y prejuicios
  - . Alteraciones afectivas durante la menstruación y el embarazo
  - . Alteraciones afectivas durante la menopausia
  - . Mujer y trabajo extra-doméstico
  - . Mujer y violencia (retroceso en el desarrollo)
  - . Autoestima y codependencia
  - . Relaciones de pareja
  - . Sexualidad de la mujer
  - . Discriminación de la mujer

- **Taller de Género Masculino:** Con la finalidad de proporcionar un servicio integral a las mujeres del Estado de México que permita el fortalecimiento de la familia, el equilibrio en la pareja, la paternidad responsable, etc., se ha determinado la necesidad de participación del género masculino de su entorno, para lo cual se ha implementado éste taller.

Está conformado por 4 sesiones, una por semana con duración de dos horas, bajo la técnica psico-educativa, en donde se identifican las repercusiones de una educación inequitativa en el ámbito personal, social y profesional.

Los temas que se abordan son:

- . El género en nuestras vidas
  - . La construcción de la masculinidad
  - . Paternidad y cuidado
  - . Violencia
- **Jornadas de Dignificación de la Mujer:** Eventos anuales a nivel estatal y municipal conmemorativos al “Día Internacional de la Mujer” que es el 8 de marzo y el “Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer” que es el 25 de noviembre.
- El Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM, propone a los SMDIF el programa de actividades y temas a tratar en cada uno de los eventos.
- **Capacitación Laboral:** Adiestramiento para el trabajo con la finalidad de permitir a las mujeres la participación activa en la economía familiar. Este servicio se presta únicamente a través de los SMDIF del Estado de México.
  - **Capacitación a Coordinadores Municipales del Programa de Salud Mental de la Mujer:** Se proporciona información sobre la operatividad de las acciones propuestas por el Departamento de Salud Mental de la Mujer para la prevención de trastornos emocionales en mujeres del municipio. Se otorga por solicitud del SMDIF a los coordinadores designados.

## 6.2 Monto del servicio

El servicio que se brinda a través de ésta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM, sin embargo los SMDIF podrán determinar si aplican alguna cuota de recuperación.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia

Población en General:

Para los servicios de “Asesoría para la Prevención de Trastornos Emocionales” y “Jornadas de Dignificación de la Mujer” no existe permanencia de usuarios. En los demás servicios permanecerán recibiendo los usuarios que asistan en tiempo y forma a las sesiones programadas.

SMDIF:

El DIFEM a través del Departamento de Salud Mental de la Mujer, determinará la permanencia del coordinador municipal con base en las supervisiones realizadas a los SMDIF en cuanto a la operación del programa.

El servicio podrá otorgarse a los solicitantes tantas veces como lo requieran (sujeto a agenda).

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

Población en General:

- Ser mujer habitante del Estado de México de entre 19 y 59 años.
- Acudir a las oficinas del Departamento de Salud Mental de la Mujer o bien al SMDIF de su municipio a solicitar el servicio.

SMDIF:

- Enviar mediante oficio la designación de un coordinador municipal, quien será el responsable de operar el programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres en su municipio.

*El coordinador designado deberá:*

- Contar con estudios comprobados de psicología, trabajo social, medicina y/o antropología.

### 7.3 Criterios de priorización

Se dará prioridad a las mujeres que habiten en zonas rurales, indígenas o urbano marginadas.

### 7.4 Formatos



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención a la Familia  
Departamento de Salud Mental de la Mujer



**PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE LAS ACCIONES DE SALUD MENTAL DE LA MUJER EN LOS SMDIF**

Programa de trabajo año: (1) \_\_\_\_\_ SMDIF (2) \_\_\_\_\_ No. de Municipio (3) \_\_\_\_\_

| LÍNEA DE ACCIÓN   | UNIDAD DE MEDIDA | META ANUAL (4) | META MENSUAL (5) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|------------------|----------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |                  |                | E                | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Taller de Capacitación para el Trabajo                                  | Taller           |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Prevención de Trastornos Emocionales.                                   | Plática          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Taller Preventivo de Depresión.   | Taller           |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Taller de Género Masculino  | Taller           |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A. Jornada "Día Internacional de la Mujer"                              | Jornada          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B. Jornada "Día Internacional de la no Violencia en contra de la Mujer" | Jornada          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Orientación sobre problemática propia de la mujer.                      | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Asesoría y canalización de mujeres a otras instancias.                  | Persona          |                |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Vo. Bo. PRESIDENTA DEL SMDIF

SELLO

COORDINADOR MUNICIPAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE LA MUJER DIFEM

Nombre y firma (6)

SMDIF (7)

Nombre y firma (9)

Nombre, firma y fecha (10)

FO201B15302/184/2012



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Atención a la Familia  
Departamento de Salud Mental de la Mujer



**INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS SMDIF**

Municipio y No. del mismo: (1) \_\_\_\_\_ Mes que Reporta: (2) \_\_\_\_\_

| ACTIVIDAD                              | NÚMERO (3)    |              | SEDE (4)     |
|--|---------------|--------------|--------------|
|  | No. de grupos | Beneficiados |              |
| TALLER DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO | Nuevo         |              | Actividad    |
|  | Const.        |              |              |
|  | Conferencia   | Beneficiados | Tema*        |
| TALLER PREVENTIVO DE DEPRESIÓN         | No. de grupos | Beneficiados | Capítulo **  |
|  | Nuevo         |              |              |
|  | Const.        |              |              |
| TALLER DE GÉNERO MASCULINO             | No. de grupos | Beneficiados | Capítulo *** |
|  | Nuevo         |              |              |
|  | Const.        |              |              |
|  | Número        | Benef.       |              |
| ORIENTACIÓN                            |               |              | ESPECIFICAR  |
| CANALIZACIÓN                           |               |              | LUGAR        |
| OTROS                                  |               |              | ESPECIFICAR  |

\*Registrar el número asignado de acuerdo al temario (ver el reverso de la hoja)  
\*\*Registrar capítulo de acuerdo al temario (ver el reverso de la hoja)  
\*\*\*Registrar capítulo de acuerdo al temario (ver el reverso de la hoja)

COORDINADOR MUNICIPAL

PRESIDENTA DEL SMDIF

JEFE DEL DEPARTAMENTO DIFEM

Nombre y firma

Nombre, firma y sello

Nombre, firma y fecha

FO201B15302/181/2012

**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

Población en General:

- a) Proporcionar la información que le sea requerida.
- b) Asistir de manera regular al número de sesiones del curso, taller o capacitación laboral al que se haya inscrito.

SMDIF:

El coordinador municipal deberá:

- a) Acudir a los cursos de capacitación a los que se le convoque.
- b) Cumplir en tiempo y forma con la entrega de la información que le sea solicitada por el DIFEM.
- c) Otorgar el servicio en su municipio de acuerdo a la normatividad que para tal efecto le incluye el Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM.
- d) Comprometerse a asistir al 100 % de los cursos de capacitación a que sea convocado.

**7.7 Causas de incumplimiento**

Población en General:

- a) Abandonar de manera injustificada el curso, taller o capacitación laboral a que se haya inscrito.

SMDIF:

Cuando el coordinador municipal:

- a) No asista a los cursos o reuniones a que sea convocado.
- b) No entregue en tiempo y forma la información requerida.

**7.8 Sanciones**

Población en General:

- a) Los usuarios del servicio deberán asistir cuando menos al 80% de sesiones programadas, de no hacerlo así se cancelará el servicio.

SMDIF:

- b) Se retendrá o cancelará el servicio en caso de que se presentara alguna de las causas de incumplimiento mencionadas anteriormente y la retención o cancelación será determinada por el Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM.

**7.9 Contraprestación del usuario**

Cumplir como mínimo con el 80% de la asistencia requerida.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

Población en General:

- a) Las mujeres interesadas en la prevención de trastornos emocionales deberán solicitar el servicio en las oficinas del Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM, o bien el SMDIF de su municipio.
- b) Los SMDIF conjuntamente con el Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM programarán los cursos, talleres y/o pláticas requeridas por la población en los municipios de la entidad.
- c) Se llevarán a cabo los cursos, talleres y/o pláticas únicamente en las fechas y horarios establecidos.
- d) Los usuarios del servicio deberán asistir cuando menos al 80% de sesiones programadas, de no hacerlo así se cancelará el servicio.
- e) Se otorgará certificado de participación.

SMDIF:

- a) Solicitar el servicio mediante oficio en la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM, en el cual nombrarán a un coordinador municipal, quien será el encargado de operar el programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres en su municipio.

- b) El Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM llevará a cabo la capacitación de coordinadores municipales.
- c) El Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM realizará visitas de supervisión y seguimiento de las acciones realizadas en cada municipio.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres".

### **8.2 Instancia ejecutora**

El DIFEM a través del Departamento de Salud Mental de la Mujer y los coordinadores de los SMDIF.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Corresponde al DIFEM a través del Departamento de Salud Mental de la Mujer:

- a) Promover entre los SMDIF el programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres.
- b) Disponer del personal facultado y capacitado para brindar asesoría y capacitación a los coordinadores municipales.
- c) Implementar líneas de acción tendientes al logro del bienestar de las mujeres en zonas urbanas, rurales e indígenas, a través del fomento de técnicas psico-educativas que les permitan un desarrollo personal y familiar.
- d) Proporcionar la asesoría necesaria a los coordinadores municipales a efecto de operar correctamente el programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres en sus municipios.
- e) Organizar las reuniones necesarias con los coordinadores municipales para el seguimiento de la operatividad del programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres.
- f) Dar seguimiento a las acciones de capacitación que de manera interna se lleven a cabo en los SMDIF.
- g) Establecer convenios de participación con Instituciones que permitan ampliar la cobertura de espacios productivos en busca de elevar el nivel de vida principalmente de la mujer desprotegida.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Designar un coordinador municipal encargado de operar el programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres, quien además será el enlace con el Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM.

El coordinador municipal deberá:

- b) Identificar a la población objetivo de su municipio para otorgarle capacitación laboral.
- c) Formar grupos de mujeres interesadas en los talleres, pláticas y conferencias.
- d) Implementar el Taller de Género Masculino una vez que se haya otorgado por lo menos un Taller Preventivo de Depresión.
- e) Coordinar los talleres, conferencias y pláticas sobre trastornos emocionales.
- f) Llevar un registro de la población asistida por el programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres.
- g) Participar en las reuniones de seguimiento y evaluación a que sea convocado por el Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM.
- h) Elaborar el cronograma de actividades a realizarse en el municipio y enviarlo al Departamento de Salud Mental de la Mujer del DIFEM.
- i) Enviar la información requerida para el seguimiento mensual de las metas del programa de Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres a la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM.

## **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.



#### 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

#### 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

##### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

##### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

##### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

#### 16. VALIDACIÓN

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
 DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
 FAMILIAR  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

#### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Prevención de Trastornos Emocionales en Mujeres publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
 DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
 INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 (RUBRICA).

### LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL VACUNACIÓN UNIVERSAL

#### I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN

Promover a través de la asesoría y capacitación a los coordinadores médicos y enfermeras de los Sistemas Municipales DIF del Estado de México, el programa de vacunación universal consistente en distribución de vacunas, aibendazol, vitamina A y sobres de hidratación oral, pláticas y orientaciones para proporcionar a la población un esquema completo de vacunación, así como prevenir enfermedades diarreicas y sus complicaciones.

## 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** Al Sistema Municipal DIF del Estado de México.

**Programa:** Al Programa de Vacunación Universal.

### 2.1. OBJETIVO

El presente programa tiene por objeto:

- Promover la coordinación, relación y colaboración entre SMDIF a través de pláticas y asesorías sobre el programa de vacunación universal, para ser replicado a nivel estatal en general.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la coordinación, relación y colaboración entre SMDIF en la entidad, a través de la asesoría y capacitación a los coordinadores médicos y enfermeras de los SMDIF.
- Promover entre los coordinadores médicos y enfermeras de los Sistemas Municipales DIF en la promoción del programa de vacunación universal a la población, un esquema completo de vacunación a través de la distribución de biológicos.
- Minimizar riesgos en la salud de la población a través de la distribución de medicamentos a los coordinadores médicos y enfermeras de los Sistemas Municipales DIF.

### 2.3. BENEFICIARIOS

Coordinadores médicos y enfermeras de los 125 SMDIF.

### 2.4. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

## 3. SERVICIO

### 3.1 Tipo de servicio

- **Capacitación Inicial** a coordinadores médicos y enfermeras de los 125 SMDIF responsables de operar el programa en los municipios.
- **Capacitación permanente** a coordinadores médicos y enfermeras de los 125 SMDIF responsables de operar el programa en los municipios.
- **Talleres y asesorías** a los coordinadores médicos y enfermeras que operan el programa en los municipios.
- Distribución de insumos para la aplicación de biológicos.
- Distribución de insumos adicionales (albendazol, vitamina A y sobres de hidratación oral).

### 3.2 Monto del servicio

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia

El DIFEM a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, determinará la permanencia del coordinador o enfermera con base en las supervisiones realizadas a los SMDIF en cuanto a la operación del programa.

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

SMDIF:

- a) Enviar oficio de nombramiento de coordinadores médicos o enfermeras que operarán el programa, firmado por la Presidenta del SMDIF.

Coordinadores médicos:

- b) Contar con cédula profesional

Enfermeras:

- c) Contar con estudios comprobados de enfermería o auxiliar de enfermería.

**7.3 Criterios de priorización**

- a) Cuando el SMDIF organice ferias de salud masivas (sujeto a agenda).

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Promoción de la Adopción y Atención Previa a la Salud



**VALE DE VACUNAS E INSUMOS**

Municipio: (1)  Folio: (2)

Localidad: (3)  Fecha: 

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Diá (4)              | Mes (5)              | Año (6)              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| VACUNA (7)                         | Cantidad de frascos (8)  | Lote (9) | Fecha de caducidad (10) |
|------------------------------------|--|----------|-------------------------|
| SABIN                              |  |          |                         |
| DPT                                |  |          |                         |
| S.R.P.                             | <input type="checkbox"/> Frasco unidosis<br><input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis   |          |                         |
| B.C.G.                             |  |          |                         |
| I.D.                               |  |          |                         |
| PENTAVALENTE                       |  |          |                         |
| S.R.                               |  |          |                         |
| HEPATITIS B                        | <input type="checkbox"/> Frasco unidosis<br><input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis<br><input type="checkbox"/> Frasco con 20 dosis |          |                         |
| ROTA VIRUS                         |  |          |                         |
| NEUMO 13 VALENTE                   |  |          |                         |
| NEUMO 23                           |  |          |                         |
| INFLUENZA PEDIATRICA               | <input type="checkbox"/> Frasco unidosis<br><input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis   |          |                         |
| INFLUENZA ADULTO                   | <input type="checkbox"/> Frasco unidosis<br><input type="checkbox"/> Frasco con 10 dosis   |          |                         |
| Jeringa 0.5 ml. con aguja 22 x 32  |  |          |                         |
| Jeringa 0.5 ml. con aguja 27 x 13  |  |          |                         |
| Jeringa 1 ml. Con aguja 25 X 16    |  |          |                         |
| Jeringa de 5 ml. con aguja 20 X 32 |  |          |                         |
| Vitamina A                         |  |          |                         |
| Sobres de vida suero oral          |  |          |                         |
| Albendazol                         |  |          |                         |

ENTREGÓ

RECIBIÓ

Nombre y firma (11)

Nombre y firma (12)

FO201B15400/074/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO VALE DE VACUNAS E INSUMOS**

| No. | CAMPO               | INSTRUCCIONES  |
|-----|---------------------|--|
| 1   | Municipio           | Anotar el Nombre del Municipio a que corresponde.  |
| 2   | Folio               | Anotar el folio que corresponde.   |
| 3   | Localidad           | Anotar en nombre de la localidad o comunidad según corresponda.  |
| 4   | Diá                 | Anotar el día que corresponda.   |
| 5   | Mes                 | Anotar el mes que corresponda.   |
| 6   | Año                 | Anotar el año que corresponda.   |
| 7   | Vacuna              | Reglón destinado para marcar el tipo de vacuna que se entrega, si la vacuna a que se refiere cuenta con más de una presentación, se debe marcar con una X según corresponda. |
| 8   | Cantidad de frascos | Anotar la cantidad de frascos.   |
| 9   | Lote                | Anotar el lote.  |
| 10  | Fecha de caducidad  | Anotar la fecha de caducidad.  |
| 11  | Nombre y firma      | Anotar el nombre y firma de la persona que entrega la vacuna.  |
| 12  | Nombre y firma      | Anotar el nombre y firma de la persona que recibe la vacuna.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia  
del Estado de México  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**INFORME MENSUAL DE VACUNAS**

Correspondiente al municipio: (1) \_\_\_\_\_

|         |         |
|---------|---------|
| Mes (2) | Año (3) |
|---------|---------|

| Frascos recibidos de otra institución (4) | DOSIS APLICADAS POR GRUPO DE EDAD.  |                      |                     |                        |              |                |                           |                | Total de dosis (13) | Dosis de desperdicio durante el mes (14) | Necesidades para el próximo mes (15) |       |
|---|-------------------------------------|----------------------|---------------------|------------------------|--------------|----------------|---------------------------|----------------|---------------------|--|--------------------------------------|-------|
|   | Vacunas (5)                         | Dosis (6)            | Menos de un año (7) | Un año (8)             | Dos años (9) | Tres años (10) | Cuatro años (11)          | Sub total (12) |                     |  |                                      |       |
|   | Pentavalente                        | Primera              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Segunda              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Tercera              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Cuarta               |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | B.C.G.                              | Primera              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | D.P.T.                              | Dosis                |                     |                        |              |                |                           | Cuatro años    | Total               |  |                                      |       |
| Refuerzo                                  |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Triple Viral                        | Edad                 | Un año              | Dos años               | Años         | 4 y 5 años     | 6 años o 1º de primaria   |                | Total               |  |                                      |       |
| Dosis                                     |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Rotavirus                           | Dosis                | E D A D             |                        |              |                | Subtotal                  | Total          |                     |  |                                      |       |
| 2 Meses                                   |                                     |                      | 3 Meses             | 4 Meses                | 5 Meses      | 6 Meses        |                           |                |                     |  |                                      |       |
| Primera                                   |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
| Segunda                                   |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Influenza                           | Dosis                | EDAD EN MESES       |                        |              |                | GRUPO DE RIESGO (EN AÑOS) |                |                     |  | Subtotal                             | Total |
| 6a11                                      |                                     |                      | 12a23               | 24a35                  | 3a8          | 9              | 10a19                     | 20a49          | 50a59               | 60a64                                    |                                      |       |
| Primera                                   |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
| Segunda Adicional                         |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Toside, Tetánico y Difterico        | Grupo de edad        | Dosis               | Mujeres en edad fértil |              | Embarazadas    |                           | Hombres        |                     | Subtotal                                 | Total                                |       |
| 12 a 19 años                              |                                     |                      |                     | Primera                |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Segunda              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
| 20 a 44 años                              |                                     | Refuerzo             |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Primera              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
| 45 y mas años                             |                                     | Segunda              |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | S.R. Sarampión y Fiebre Escarlatina | Grupo de edad y sexo | 6a12 años           | 13 a 19 años           | 20 a 59 años | 40 y mas años  |                           | Subtotal       | Total               |  |                                      |       |
| Masculino                                 |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Femenino                            |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Hemofilia y                         | Dosis                | Primera             | Segunda                | Tercera      |                | Subtotal                  | Total          |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Pediatrica           |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Adolescentes         |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Neumococo                           | Dosis                | Primera             | Segunda                | Tercera      |                | Total                     |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Pediatrica           |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   |                                     | Adulto               |                     |                        | Adicional    |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
|   | Estrés                              | Edad                 |                     |                        |              |                | Total                     |                |                     |  |                                      |       |
| Dosis                                     |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |
| Total de dosis aplicadas (16)             |                                     |                      |                     |                        |              |                |                           |                |                     |  |                                      |       |

RESPONSABLE DE LA INFORMACION

FECHA DE ENTREGA DEL INFORME

Nombre y firma (17) \_\_\_\_\_

|          |          |          |
|----------|----------|----------|
| Día (18) | Mes (19) | Año (20) |
|----------|----------|----------|

FO201B15406/075/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
INFORME MENSUAL DE VACUNAS**

| No.  | CAMPO                                 | INSTRUCCIONES   |
|------|---------------------------------------|---|
| 1    | Municipio                             | En este espacio se deberá anotar el municipio correspondiente.  |
| 2    | Mes                                   | En este espacio se deberá anotar el mes según corresponda la información vertida en el presente informe.                    |
| 3    | Año.                                  | En este espacio se deberá anotar el año.  |
| 4    | Frascos recibidos de otra institución | En este espacio se deberá anotar la cantidad de frascos que el sistema municipal durante el mes recibió de otra Institución |
| 5    | Vacuna                                | Espacio destinado para los diferentes tipos de vacuna que se manejan.   |
| 6    | Dosis                                 | Espacios destinados para que las dosis aplique se clasifique de acuerdo a la dosis que corresponda.                         |
| 7-11 | Grupos de edad.                       | En éstos espacio se debe anotar las dosis aplicadas de acuerdo al grupo de edad y dosis que corresponda.                    |
| 12   | Subtotal                              | En este espacio se debe anotar la sumatoria de todos los grupos de edad por dosis.  |

|    |                                  |   |
|----|----------------------------------|---|
| 13 | Total de dosis                   | En este espacio se debe anotar la sumatoria cuando exista más un subtotal de acuerdo a la vacuna de que se trate, si es una sola dosis el dato es el mismo. |
| 14 | Dosis de desperdicio en el mes.  | En este espacio se debe anotar las dosis que durante el mes fueron consideradas como desperdicio.   |
| 15 | Necesidades para el próximo mes. | En este espacio se deberá anotar las necesidades que el Sistema Municipal Tenga contempladas para el próximo mes.   |
| 16 | Total de dosis aplicadas.        | En este espacio se debe anotar la sumatoria que corresponda al total de todas las vacunas.  |
| 17 | Nombre y firma                   | En este espacio debe anotarse nombre y firma de la persona responsable de la información.   |
| 18 | Día                              | Espacio destinado para registrar el día en que es entregada la información.   |
| 19 | Mes                              | Espacio destinado para registrar el mes en que es entregada la información.   |
| 20 | Año.                             | Espacio destinado para registrar el año en que es entregada la información.   |



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**  
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar  
Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud



**GRÁFICA PARA REGISTRO DE TEMPERATURA**

Nombre (1): \_\_\_\_\_ Nivel (2): Estatal \_\_\_\_\_ Municipal \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ Ubicación (3): \_\_\_\_\_  
 Responsable (4): \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Unidad refrigerante No. (5): \_\_\_\_\_ Mes y año (6): \_\_\_\_\_

| SEMANAS (7)                          | DÍA HORA (8) | LUNES |       | MARTES |       | MIÉRCOLES |       | JUEVES |       | VIERNES |       | SABADO |       | DOMINGO |       |
|--------------------------------------|--------------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|---------|-------|
|                                      |              | 08:00 | 15:00 | 19:00  | 08:00 | 15:00     | 19:00 | 08:00  | 15:00 | 19:00   | 08:00 | 15:00  | 19:00 | 08:00   | 15:00 |
| 1ra<br>Semana<br>del ____<br>al ____ | 10 y más     |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 9            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 8            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 7            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 6            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 5            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 4            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 3            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 2            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
| 2da<br>Semana<br>del ____<br>al ____ | 1            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 0            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | -1 y menos   |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 10 y más     |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 9            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 8            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 7            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 6            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 5            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
| 3ra<br>Semana<br>del ____<br>al ____ | 4            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 3            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 2            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 1            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 0            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | -1 y menos   |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 10 y más     |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 9            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 8            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
| 4ta<br>Semana<br>del ____<br>al ____ | 7            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 6            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 5            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 4            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 3            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 2            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 1            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 0            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | -1 y menos   |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
| 5ta<br>Semana<br>del ____<br>al ____ | 10 y más     |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 9            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 8            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 7            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 6            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 5            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 4            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 3            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |
|                                      | 2            |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |        |       |         |       |

En caso de emergencia llama:  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOTA: En situaciones de emergencia y/o descompostura de la unidad refrigerante y/o interrupción de la energía eléctrica realizar las medidas inmediatas y medidas indicadas en el Manual de Vacunación.

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO GRÁFICA PARA REGISTRO DE TEMPERATURA

**Objetivo:** Mantener en óptimas condiciones de temperatura el equipo de refrigeración del material biológico, mediante el registro constante.

**Distribución:** N/ copias a los Sistemas Municipales que operen el programa.  
**Destinatario:** Sistema Municipal DIF correspondiente.

| Instrucciones Generales:  |                         |  |
|---|-------------------------|--|
| El formato para control de la temperatura es un documento gráfico que muestra en forma rápida el funcionamiento del refrigerador, por lo que todas y cada uno de los datos debe registrarse a máquina o tinta y letra de molde, números arábigos, no deben quedar espacios en blanco. |                         |  |
| 1   | Nombre                  | Anotar la entidad a la que pertenece.  |
| 2   | Nivel                   | Marcar con X según el nivel que corresponda.   |
| 3   | Ubicación               | Anotar el nombre de la localidad y municipio donde está instalado el refrigerador.   |
| 4   | Responsable             | Anotar el nombre completo de la persona responsable del registro de la temperatura.  |
| 5   | Unidad Refrigerante     | Anotar el número de refrigerador de acuerdo a los existentes en el área.   |
| 6   | Mes y Año               | Anotar el mes y año correspondiente del registro.  |
| 7   | Semana del ____ al ____ | Anotar con números arábigos el inicio y término de cada una de las semanas del mes correspondiente.  |
| 8   | Registro de temperatura | Para el registro de la temperatura se toma en cuenta el día de la semana, la hora de registro y el punto intersección con los grados centígrados que marque el termómetro del refrigerador, se debe marcar un asterisco. Una vez transcurrida la semana se unen con una línea los asteriscos marcados para que sea más visible la curva. |
|   |                         | En cada una de las líneas anotar los datos solicitados:  |
|   |                         | Nombre completo  |
|   |                         | Teléfono: Número telefónico con clavelada si fuera necesario.  |
|   |                         | Cargo. Anotar el cargo de la persona.  |
|   | Observaciones:          | Se marcan 4 líneas para cualquier nota aclaratoria que sea necesaria.  |

#### 7.5 Derechos de los usuarios

- Recibir capacitación y asesoría por parte de la Subdirección de Prevención a las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM, para la operación del programa.
- Recibir para su municipio, vacunas e insumos para su aplicación, así como insumos adicionales.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

#### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- Cumplir con al menos el 80% de la asistencia a los cursos de capacitación a que sea convocado.
- Hacer buen uso de las vacunas e insumos que le sean entregados para la operatividad del programa, los cuales no podrá vender.
- Asistir a las reuniones de capacitación, organizadas por la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.
- Cumplir en tiempo y forma con la entrega de la información que les sea solicitada.

#### 7.7 Causas de incumplimiento

Cuando el coordinador médico y/o enfermera de los SMDIF:

- No asista a las reuniones, cursos y talleres a que sea convocado.
- No entregue en tiempo y forma la información requerida.
- Cuando se detecte que los coordinadores médicos y/o enfermeras cobren o reciban dinero por las vacunas o cualquier insumo adicional entregado por el DIFEM para la operatividad del programa.

#### 7.8 Sanciones

**Suspensión:**

- Cuando se detecte que los coordinadores médicos y/o enfermeras cobren o reciban dinero por las vacunas o cualquier insumo adicional entregado por el DIFEM para la operatividad del programa.
- Cuando el coordinador médico y/o enfermera sean dados de baja del SMDIF.

## 7.9 Contraprestación del usuario

El compromiso de asistir a las reuniones, capacitaciones y talleres organizados por la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- El efecto de non liquet de los coordinadores médicos y enfermeras deberá dirigirse a la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM.
- Los coordinadores médicos y enfermeras de los SMDIF se presentarán en la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud a objeto de ser dadas de alta como responsables de la operación del programa.
- El DIFEM a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud, impartirá los cursos de capacitación inicial y permanente, en las fechas e instalaciones que para tal efecto determine.
- La capacitación inicial que lleve a cabo la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud del DIFEM se realizará en el municipio de Toluca.
- Podrá brindarse consultoría y asesoría en el SMDIF sus solicitudes.
- Los coordinadores médicos y enfermeras de los SMDIF deberán reportar mensualmente las actividades llevadas a cabo en su municipio en las fechas preestablecidas.

## 8. COORDINACIÓN PARTICIPATIVAS

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Vacunación Universal".

### 8.2 Instancia Ejecutora

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde al DIFEM a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud:

- Incrementar la cobertura del programa de Vacunación Universal, en los SMDIF.
- Establecer una relación estrecha con los SMDIF de la entidad, que brindan atención sobre Vacunación Universal.
- Impartir capacitaciones, pláticas y talleres a los coordinadores médicos y enfermeras de los SMDIF en materia de Vacunación Universal.
- Dotar mensualmente con vacunas e insumos para su aplicación, albendazol, vitamina A y sobres de suero oral a los SMDIF, a través de los coordinadores médicos y/o enfermeras.

### Corresponde al SMDIF:

- Nombrar formalmente a los coordinadores médicos y enfermeras responsables de operar el programa.
- Difundir entre la población del municipio el programa de Vacunación Universal, por medio de trípticos, volantes, carteles, pláticas, mantas, pinta de bardas, perifoneo y/o separadores, etc.
- Contar con la red de frío mínima necesaria (refrigerador, termómetro y termo).

Corresponde a los coordinadores médicos y enfermeras de los SMDIF:

- Asistir en tiempo y forma a los cursos, pláticas, simposium, conferencias y otros eventos que la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud organice.
- Elaborar diariamente un registro de los usuarios atendidos por el programa de Vacunación Universal.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

**13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS.**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**MARCOS ZAMORA SARABIA**  
DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR  
FAMILIAR  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Vacunación Universal publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).



**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
BENEFICIOS EN ESPECIE PARA GRUPOS DE ADULTOS MAYORES****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Entrega de materiales para las actividades que se desarrollan en los grupos de adultos mayores, así como apoyos funcionales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con alguna limitación física.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**Adulto mayor:** A los hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad.

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**CAAM:** A la Coordinación de Atención a Adultos Mayores.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Mejorar la calidad de los cursos y/o talleres que imparten los SMDIF en los grupos de adultos mayores, mediante donativos de bienes muebles, materiales de consumo, así como mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con limitación física a través de la entrega de apoyos funcionales.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Incrementar la integración de grupos de adultos mayores.
- Incrementar los cursos y/o talleres para los adultos mayores.
- Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con limitaciones físicas.

**4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad, habitantes del Estado de México con alguna limitación física, así como los grupos de adultos mayores integrados por los SMDIF que estén registrados ante la CAAM.

**5. COBERTURA**

El servicio opera en los 125 municipios del Estado de México.

**6. SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

Se otorga en calidad de donación y por única vez:

- a) A los adultos mayores con limitación física:
  - Andaderas.
  - Sillas de ruedas.
  - Bastones.
- b) A los grupos de adultos mayores registrados ante la CAAM:
  - Bienes muebles.
  - Materiales de consumo.

**6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

**7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO****7.1 Permanencia**

Los beneficios se otorgan una sola ocasión a los SMDIF quienes por una sola vez los entregan a los adultos mayores integrados a los grupos registrados ante la CAAM.

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

Los solicitantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

#### Adultos Mayores:

- a) Tener 60 años o más de edad.
- b) Ser habitante del Estado de México.
- c) Presentar certificado médico que compruebe la limitación física (en su caso).
- d) Presentar copia la "Credencial DIFEM para Adultos Mayores" o Identificación Oficial con fotografía o acta de nacimiento o C.U.R.P.

#### SMDIF:

- a) Solicitud mediante escrito dirigido al Titular de la Dirección General del DIFEM especificando el apoyo requerido para los grupos así como para los adultos mayores con limitaciones físicas.

### 7.3 Criterios de Priorización

#### Adultos Mayores:

- a) Se dará prioridad a los adultos mayores integrados a Grupos de Adultos Mayores registrados en la CAAM.

### 7.4 Formatos

No aplica

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

#### Adultos Mayores:

- a) Proporcionar la información y documentación requerida de manera fidedigna.
- b) Utilizar los apoyos para los fines a que están destinados, los cuales no podrán vender o intercambiar.

#### SMDIF:

- a) Destinar los apoyos funcionales a los adultos mayores con limitaciones físicas, dando prioridad a los inscritos en grupos de adultos mayores registrados en la CAAM.
- b) Destinar los bienes muebles y materiales de consumo exclusivamente para los grupos de adultos mayores registrados ante la CAAM.
- c) Acudir al DIFEM por los apoyos autorizados en un plazo no mayor a ocho días hábiles contados a partir de que le sea notificado ya sea por correo electrónico, vía telefónica o por escrito.
- d) Entregar los apoyos solicitados a los adultos mayores en un periodo no mayor a 15 días hábiles.
- e) Remitir a la CAAM la relación de beneficiarios y fotografías de las entregas en un plazo de cinco días hábiles posteriores a la entrega de los apoyos.

### 7.7 Causas de incumplimiento

#### Adultos Mayores:

- a) Proporcionar información y/o documentación falsa para acceder a la ayuda funcional.
- b) Utilizar los apoyos para fines distintos a los establecidos.

#### SMDIF:

- a) No destinar los apoyos otorgados a los grupos de adultos mayores o a los adultos mayores con alguna limitación física.
- b) No acudir por los bienes autorizados en el plazo establecido.
- c) No hacer entrega de los apoyos en el plazo establecido.

### 7.8 Sanciones

#### Cancelación:

#### Adultos Mayores:

- a) Cuando se detecte que proporcionó información y/o documentación falsa para acceder a la ayuda funcional.

- b) Cuando se observe el uso de los apoyos en fines distintos a los establecidos.

**SMDIF:**

- a) Cuando se detecte que no se destinaron los apoyos otorgados a los grupos de adultos mayores o a los adultos mayores con alguna limitación física.
- b) Cuando no acuda por los bienes autorizados en un plazo de ocho días hábiles contados a partir de que le sea notificado el apoyo ya sea por correo electrónico, vía telefónica o por escrito.
- c) Cuando no sean entregados los apoyos en el plazo establecido.

**7.9. Contraprestación del usuario**

Hacer buen uso del apoyo recibido.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) La CAAM informará en las reuniones mensuales a los promotores municipales sobre los bienes muebles o materiales de consumo que tiene para otorgar a los grupos.
- b) El SMDIF solicitará mediante escrito dirigido al Titular de la Dirección General del DIFEM el apoyo para los grupos así como para los adultos mayores con limitaciones físicas.
- c) El DIFEM recibirá la solicitud de apoyo por parte del SMDIF y turnará a la CAAM.
- d) Recibida la solicitud, la CAAM informará al SMDIF ya sea por correo electrónico, vía telefónica o por escrito, el apoyo y cantidades que se le otorgarán y la documentación que debe presentar:
- Bienes muebles: oficio de petición dirigido al Titular de la Dirección General del DIFEM, copia del nombramiento de la Presidenta del SMDIF y copia del RFC del SMDIF.
  - Bienes de consumo: oficio de petición dirigido a la Dirección General del DIFEM y firmar recibo.
  - Apoyos funcionales: oficio de petición dirigido al Titular de la Dirección General del DIFEM, y los siguientes documentos del adulto mayor a beneficiar: constancia médica en la que se indique el padecimiento del adulto mayor, indicando si requiere bastón, andadera o silla de ruedas, recibo firmado y copia de alguno de los siguientes documentos: credencial DIFEM para adultos mayores, copia de identificación oficial o acta de nacimiento o C.U.R.P.
- e) Integrada la documentación por parte del SMDIF éste deberá acudir a las oficinas de la CAAM a presentarla y a firmar el recibo correspondiente de los apoyos autorizados; en el caso de bienes muebles, firmar el Contrato de Donación.
- f) Una vez presentada la documentación y firmado el recibo y/o Contrato la CAAM entregará al SMDIF el movimiento de almacén para que acuda a retirar los artículos otorgados.
- g) El SMDIF retirará los apoyos autorizados del almacén del DIFEM.
- h) El SMDIF entregará los apoyos a los beneficiarios en un plazo no mayor a 15 días hábiles y enviará a la CAAM la relación de beneficiarios y fotografías de las entregas.
- i) La CAAM realizará visitas al municipio para verificar que los apoyos se hayan entregado.
- j) La entrega de beneficios en especie que se otorgan mediante ésta acción dependerá de los recursos financieros con los que cuente la CAAM que en su caso sean otorgados por el Sistema Nacional DIF a través del Ramo 33.

**8. INSTANCIAS PARTICIPANTES****8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la CAAM es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Beneficios en Especie para Grupos de Adultos Mayores".

**8.2 Instancia ejecutora**

La CAAM es la responsable de la ejecución directa del programa.

**9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Corresponde al DIFEM, a través de la CAAM:

- a) Informar a los SMDIF a través de los promotores, los bienes que se tienen para otorgar.
- b) Informar al SMDIF la documentación que deberá presentar.
- c) Verificar la documentación que presente el SMDIF.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Registrar en la CAAM a los grupos de adultos mayores que integre.
- b) Integrar los expedientes de los Adultos Mayores que requieren apoyos funcionales.
- c) Presentar completa la documentación que les sea solicitada.

- d) Acudir en el plazo señalado por los apoyos otorgados.
- e) Destinar el apoyo a los grupos de adultos mayores o a los adultos mayores con alguna limitación física.
- f) Entregar los apoyos a los adultos mayores en tiempo y forma.

#### **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica.

#### **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos que emite el DIFEM, se darán a conocer por la CAAM y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

#### **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

#### **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

#### **14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

#### **15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

##### **1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

##### **2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

##### **3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

#### **16. VALIDACIÓN**

**LIC. MARÍA DEL PILAR L. MARTÍNEZ LARA**  
COORDINADORA DE ATENCIÓN A ADULTOS  
MAYORES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

#### **TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Entrega de Beneficios en Especie para Grupos de Adultos Mayores publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

## **LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR**

### **1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Consulta médica, atención psicológica y asesoría jurídica a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida, así como orientación para resolver la problemática legal que presente el adulto mayor.

### **2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación se entenderá por:

**Adulto mayor:** A los hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad.

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**CAAM:** A la Coordinación de Atención a Adultos Mayores del DIFEM.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Reducir las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores mediante una atención integral (médica, psicológica y jurídica) que contribuya a una mejor calidad de vida.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Mejorar las condiciones de salud física de los adultos mayores mediante la consulta médica.
- Mejorar las condiciones de salud mental de los adultos mayores mediante atención psicológica de forma ética, profesional y acertada.
- Apoyar a los adultos mayores en materia legal mediante la asesoría jurídica, a fin de orientarlos en la resolución de su problemática.

### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Adultos mayores que habitan en el Estado de México.

### **5. COBERTURA**

- a) El servicio de consulta médica se brinda en Toluca y municipios cercanos.
- b) El servicio de atención psicológica se brinda en Toluca y municipios cercanos.
- c) El servicio de asesoría jurídica opera para los 125 municipios del Estado de México.

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

- a) Consulta médica
- b) Atención psicológica
- c) Asesoría jurídica

#### **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

**7.1 Permanencia**

Permanecerán en el servicio los usuarios que cumplan los requisitos que se mencionan en el siguiente punto.

**7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Ser adulto mayor.
- b) Presentar la "Credencial DIFEM para Adultos Mayores".

**7.3 Criterios de Priorización**

No aplica

**7.4 Formatos**

Consulta Médica

- Hoja Frontal.
- Historia Clínica.
- Receta Médica.
- Nota de Evolución.

Atención Psicológica

- Hoja Frontal.
- Historia Clínica.
- Reporte psicológico
- Nota de Evolución



**HOJA FRONTAL**

Nombre del paciente:(1) \_\_\_\_\_

Edad:(2) \_\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso:(3) \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso:(4) \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante:(5) \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
HOJA FRONTAL**

| CAMPO | DESCRIPCIÓN   |
|-------|---|
| 1     | En este apartado se registrara el nombre completo del adulto mayor empezando por el apellido paterno. |
| 2     | Anotar la edad del adulto mayor.  |
| 3     | Anotar el diagnostico que presenta el adulto mayor al solicitar la consulta.                          |
| 4     | Anotar día, mes y año en que se da la primera consulta.   |
| 5     | Se anota el nombre del médico que atiende al adulto mayor.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**HISTORIA CLÍNICA**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Unidad médica: (1)                                     | Expediente: (2)                |
| <b>I FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>                       |                                |
| Fecha de elaboración: (3)                              |                                |
| Nombre del paciente: (4)                               | Género: (5)<br>Masc.      Fem. |
| Fecha de nacimiento: (6)                               | Ocupación del paciente: (7)    |
| Domicilio: (8)   |                                |
| <b>II ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES (9)</b>           |                                |
|  |                                |
| <b>III ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (10)</b> |                                |
|  |                                |
| <b>IV ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (11)</b>     |                                |
|  |                                |
| <b>V ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (12)</b>          |                                |
|  |                                |
| <b>VI PADECIMIENTO ACTUAL (13)</b>                     |                                |
|  |                                |
| <b>VII INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (14)</b> |                                |
| Cardiovascular   |                                |
| Respiratorio   |                                |
| Gastrointestinal                                       |                                |
| Genitourinario   |                                |
| Hemático y linfático                                   |                                |
| Endócrino  |                                |
| Nervioso   |                                |
| Musculoesquelético                                     |                                |
| Piel, mucosas y anexos                                 |                                |

ANVERSO

F0201B10200/076/2012

|  |       |          |          |      |       |
|--|-------|----------|----------|------|-------|
| <b>VIII SIGNOS VITALES (15)</b>  |       |          |          |      |       |
| T/A  | Temp. | Frec. C. | Frec. R. | Peso | Talla |
| <b>IX EXPLORACIÓN FÍSICA (16)</b>  |       |          |          |      |       |
| Habitús exterior   |       |          |          |      |       |
| Cabeza   |       |          |          |      |       |
| Cuello   |       |          |          |      |       |
| Tórax  |       |          |          |      |       |
| Abdomen  |       |          |          |      |       |
| Genitales  |       |          |          |      |       |
| Extremidades   |       |          |          |      |       |
| Piel   |       |          |          |      |       |
| <b>X RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS (17)</b> |       |          |          |      |       |
| <b>XI TERAPÉUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS (18)</b>                             |       |          |          |      |       |
| <b>XII DIAGNÓSTICO Y PROBLEMAS CLÍNICOS (19)</b>                             |       |          |          |      |       |
| <b>XIII PRONÓSTICO (20)</b>  |       |          |          |      |       |

**MÉDICO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (21)

**REVERSO**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
Formato Historia Clínica

| CAMPO | DESCRIPCIÓN  |
|-------|--|
| 1     | Se anota el área médica que da la consulta.                    |
| 2     | Se anota el número de expediente del paciente.                 |
| 3     | Se anota día, mes y año en que se realiza la Historia Clínica. |



|    |  |
|----|--|
| 4  | Se anota el nombre del paciente empezando por los apellidos.                             |
| 5  | Se anota el género del paciente.   |
| 6  | Se anota la fecha de nacimiento del paciente.  |
| 7  | Se anota la actividad que desarrolla el paciente.  |
| 8  | Se anota domicilio del paciente, calle, número, colonia, municipio.                      |
| 9  | Se marcan los antecedentes médicos familiares del paciente.                              |
| 10 | Se registran los antecedentes no patológicos, en su caso.                                |
| 11 | Se registra los antecedentes patológicos del paciente.                                   |
| 12 | Se anotan, si es el caso, los antecedentes gineco-obstetricos del paciente.              |
| 13 | Se registra el padecimiento que presenta el paciente al momento de la consulta.          |
| 14 | Se realiza un interrogatorio por aparatos y sistemas y se registran los datos.           |
| 15 | Se verifican signos vitales, se pesa y mide al paciente y se registra la información.    |
| 16 | Se realiza la exploración física y se registran los datos.                               |
| 17 | Se registran los resultados de estudios médicos realizados al paciente.                  |
| 18 | Se registra el tratamiento seguido por el paciente y la evolución del paciente con este. |
| 19 | Se registra el diagnóstico del paciente.   |
| 20 | Se anota la posible evolución de la salud del paciente.                                  |
| 21 | Se anota nombre y firma del médico.  |



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**RECETA MÉDICA**

Fecha:(1) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:(2) \_\_\_\_\_ Edad:(3) \_\_\_\_\_

Peso:(4) \_\_\_\_\_ Talla:(5) \_\_\_\_\_ Presión arterial:(6) \_\_\_\_\_ No. credencial DIFEM:(7) \_\_\_\_\_

Dx:(8)

Tx:(9)

MÉDICO

CÉDULA PROFESIONAL

Nombre y firma (10)

Número (11)

FO201B10200/079/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
Formato Receta Médica

| CAMPO | DESCRIPCIÓN   |
|-------|---|
| 1     | Anotar la fecha de la consulta con día, mes y año                                     |
| 2     | Registrar el nombre completo del adulto mayor.  |
| 3     | Anotar la edad del paciente.  |
| 4     | Anotar el peso del paciente.  |
| 5     | Anotar la talla del paciente.   |
| 6     | Se anota la presión del paciente que presenta el día de la consulta.                  |
| 7     | Se anota el número de credencial DIFEM del paciente.                                  |
| 8     | Se describirá el diagnóstico que determine el médico.                                 |
| 9     | Se anota el tratamiento que deberá seguir el paciente, indicando medicamento y dosis. |
| 10    | Anotar nombre y firma del médico que atiende.   |
| 11    | Anotar el número de cédula del médico que atiende.                                    |







GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**HOJA FRONTAL**

| Ficha de identificación (1) |  |             |  |
|-----------------------------|--|-------------|--|
| Nombre                      |  |             |  |
| Edad/fecha de nacimiento    |  | Genero      |  |
| Estado civil                |  | Escolaridad |  |
| Ocupación                   |  | Domicilio   |  |
| Religión                    |  | Teléfono    |  |

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| Fecha de ingreso (2) | Fecha de reingreso (3) |
|                      |                        |

|                         |
|-------------------------|
| Psicólogo tratante: (4) |
|                         |

| Fecha de inasistencia (5) |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| Día                       | Mes | Año |
|                           |     |     |
|                           |     |     |
|                           |     |     |
|                           |     |     |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| Fecha y motivo de alta (6) | Fecha y motivo de baja (7) |
|                            |                            |

Diagnostico: (8)

-----

-----

-----

FO201B10200/215/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**HOJA FRONTAL**

| CAMPO | DESCRIPCIÓN  |
|-------|--|
| 1     | Se registra el nombre, edad, fecha de nacimiento, género, ocupación, religión, estado civil, escolaridad, domicilio y en su caso número telefónico del adulto mayor. |
| 2     | Se anota día mes y año de ingreso del paciente.  |
| 3     | Se anota día mes y año de egreso del paciente.   |
| 4     | Se registra nombre completo del profesional a cargo del caso.  |
| 5     | Se registra día, mes y año de cada inasistencia del adulto mayor.  |
| 6     | Se anota día, mes y año de alta dentro del servicio de psicología, así como motivo.  |
| 7     | Se escribe día, mes y año de baja del servicio de psicología, así como motivo.   |
| 8     | Se escribe el diagnóstico del paciente.  |



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



## HISTORIA CLÍNICA

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

| Ficha de identificación (2)  |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
| Nombre   |  |             |  |
| Edad/fecha de nacimiento   |  | Genero      |  |
| Estado civil   |  | Escolaridad |  |
| Ocupación  |  | Domicilio   |  |
| Religión   |  | Teléfono    |  |
| Motivo de consulta (descripción y cronológica del padecimiento actual) (3) |  |             |  |
|  |  |             |  |

| Datos familiares (esposa/a, e hijos) (4) |      |      |            |           |
|--|------|------|------------|-----------|
| Nombre                                   | Edad | Vive | Parentesco | Ocupación |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |
|  |      |      |            |           |

| Antecedentes personales no patológicos (5) |  |
|--|--|
| Infancia                                   |  |
| Adolescencia                               |  |
| Adulterez                                  |  |
| Ámbito sexual                              |  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Ámbito social     |  |
| Ámbito laboral    |  |
| Historia marital  |  |
| Dinámica familiar |  |
| Salud             |  |

|  |
|--|
| Exploración mental (ubicación en las tres esferas cognoscitivas y memoria) (6) |
|  |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Pasatiempos y actividades (7) |  |
| Autoconcepto y autoestima (8) |  |
| Sentimientos frecuentes (9)   |  |
| Metas y objetivos (10)        |  |

Observaciones: (11) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PSICÓLOGO

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (12)

FO201B10200/214/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**HISTORIA CLÍNICA**

| CAMPO | DESCRIPCIÓN  |
|-------|--|
| 1     | Se registra día, mes y año en que se realiza la historia clínica.  |
| 2     | Se registra el nombre, edad, fecha de nacimiento, género, ocupación, religión, estado civil, escolaridad, domicilio, en su caso número telefónico del adulto mayor.  |
| 3     | Se anota el padecimiento del paciente, así como la cronología del mismo.   |
| 4     | Se registra el nombre, edad, parentesco, ocupación y si vive o no, de la/el esposo(a) y de cada uno de los hijos del adulto mayor.   |
| 5     | Se anotan acontecimientos importantes de cada ámbito y área de la vida personal del paciente.  |
| 6     | Se registra si el paciente se encuentra bien ubicado dentro de las tres esferas cognoscitivas de tiempo espacio y persona. De igual forma se menciona el estado de memoria que presenta, así como el estilo de pensamiento y lenguaje. |
| 7     | Se anotan los pasatiempos y actividades de ocio del paciente.  |
| 8     | Se registra como se encuentra el paciente en lo relacionado a autoconcepto y autoestima.   |
| 9     | Se registran cuales son los sentimientos que el paciente experimenta con más frecuencia.   |
| 10    | Se registran las metas y objetivos que el paciente tiene a corto, mediano y largo plazo.   |
| 11    | Se registra cualquier dato que se considere importante mencionar y que en otras áreas no se ha asentado.   |
| 12    | Se anota el nombre y firma del psicólogo responsable.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**REPORTE PSICOLÓGICO**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

| Ficha de identificación (2) |  |             |  |
|-----------------------------|--|-------------|--|
| <b>Nombre</b>               |  |             |  |
| Edad/fecha de nacimiento    |  | Genero      |  |
| Estado civil                |  | Escolaridad |  |
| Ocupación                   |  | Domicilio   |  |
| Religión                    |  | Teléfono    |  |

| Descripción (3) |
|-----------------|
|                 |

| Pruebas aplicadas (4) |
|-----------------------|
|                       |
|                       |

| Perfil (5) |
|------------|
|            |

Diagnostico: (6) \_\_\_\_\_

Observaciones y/o recomendaciones: (7) \_\_\_\_\_

**PSICÓLOGO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma(8)

FO201B10200/217/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**REPORTE PSICOLÓGICO**

| No. | CAMPO                             | DESCRIPCIÓN  |
|-----|-----------------------------------|--|
| 1   | FECHA                             | Se anotara el día mes y año  |
| 2   | FICHA DE IDENTIFICACIÓN           | Se registra el nombre, edad, fecha de nacimiento, género, ocupación, religión, estado civil, escolaridad, domicilio, en su caso número telefónico.                                       |
| 3   | DESCRIPCIÓN                       | Se registra la descripción física del paciente.  |
| 4   | PRUEBAS APLICADAS                 | Se anotan las pruebas aplicadas al paciente.   |
| 5   | PERFIL                            | Se describen las principales características de personalidad, obtenidas del resultado de las pruebas aplicadas, así como de la información obtenida en la historia clínica del paciente. |
| 6   | DIAGNOSTICO                       | Se escribe el diagnostico del paciente.  |
| 7   | OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES | Se mencionan las observaciones y recomendaciones terapéuticas para el paciente   |
| 8   | PSICÓLOGO                         | Se anota el nombre y firma del psicólogo responsable.  |







**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Proporcionar la información y documentación requerida de manera fidedigna.
- b) Presentar la "Credencial DIFEM para Adultos Mayores".
- c) Acudir en su caso a las consultas médicas y atenciones psicológicas subsecuentes.
- d) Acudir en su caso a las instancias a las que sea canalizado.

**7.7 Causas de incumplimiento**

- a) La no observancia de cualquiera de las obligaciones a que está sujeto el usuario.

**7.8 Sanciones****Suspensión:**

- a) Cuando el adulto mayor no presente su "Credencial DIFEM para Adultos Mayores".

**Cancelación:**

- a) Cuando proporcione datos o documentos falsos.
- b) Cuando deje de asistir de manera injustificada a las consultas médicas o citas a que sea programado.
- c) Cuando deje de asistir de manera injustificada a tres citas.

**7.9. Contraprestación del usuario**

- a) Para la consulta médica el adulto mayor deberá acudir a las citas subsecuentes o a la instancia a la cual fue canalizado.
- b) Para la atención psicológica el adulto mayor deberá acudir a las citas subsecuentes o a la instancia a la cual fue canalizado.
- c) Para la asesoría jurídica deberá acudir, en su caso, a la instancia a la cual fue canalizado.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) El adulto mayor se presentará en la CAAM a solicitar el servicio.
- b) El adulto mayor deberá presentar su "Credencial DIFEM para Adultos Mayores".
- c) De acuerdo a la necesidad que presente se canalizará al área correspondiente.
- d) El área médica, psicológica o jurídica recibe al adulto mayor y le otorgará el servicio.
- e) El área médica integrará un expediente el cual contendrá, hoja frontal, historia clínica y nota de evolución. Si el caso lo amerita expedirá receta médica, igualmente de ser necesario se remitirá al adulto mayor a otras instancias para su atención.
- f) El área de atención psicológica integrará un expediente el cual contendrá, hoja frontal, historia clínica, reporte psicológico y nota de evolución. Si el caso lo amerita se remitirá al adulto mayor a otras instancias para su atención.
- g) La Información que contengan los expedientes médicos y psicológicos tendrá carácter de confidencial.
- h) El área jurídica llevará un registro en Libro Florete, donde registrará: fecha de la asesoría, nombre del usuario, domicilio, identificación, asunto a tratar, asesoría otorgada, acuerdo y firma del adulto mayor.
- i) Para la consulta médica y atención psicológica, el adulto mayor deberá acudir cuando se le requiera a las citas subsecuentes.

**8. INSTANCIAS PARTICIPANTES****8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la CAAM es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Atención Integral al Adulto Mayor".

**8.2 Instancia ejecutora**

La CAAM es la responsable de la ejecución de esta acción de desarrollo social.

**9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

No aplica.

**10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica.

**11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos que emite el DIFEM, se darán a conocer por la CAAM y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

**12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

**13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo **01 800 003 43 36**, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. MARÍA DEL PILAR L. MARTÍNEZ LARA**  
COORDINADORA DE ATENCIÓN A ADULTOS  
MAYORES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Atención Integral al Adulto Mayor publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

## **LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL INTEGRACIÓN DE GRUPOS DE ADULTOS MAYORES**

### **1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Espacios de convivencia para los adultos mayores en los que al mismo tiempo desarrollan actividades educativas, culturales, artísticas, recreativas y deportivas

### **2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación se entenderá por:

**Adulto mayor:** A los hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad.

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**CAAM:** A la Coordinación de Atención a Adultos Mayores.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Incrementar los espacios en los que se promuevan la autonomía y el desarrollo de las potencialidades del adulto mayor, mediante la integración de grupos.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- a) Incrementar la sociabilidad y autoestima de los adultos mayores mediante la convivencia con otros adultos.
- b) Incrementar conocimientos mediante el intercambio de actividades con otros adultos mayores a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.
- c) Mejorar las habilidades manuales e intelectuales de los adultos mayores, mediante talleres para la adecuada utilización del tiempo libre.

### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Adultos mayores que habitan en el Estado de México.

### **5. COBERTURA**

El servicio opera en los 125 municipios del Estado de México.

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

Integración a grupos de adultos mayores.

#### **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM, sin embargo los SMDIF podrán establecer cuotas de recuperación.

### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

#### **7.1 Permanencia**

Permanecerán en el servicio los usuarios que cumplan con los requisitos que se mencionan en el punto siguiente.

**7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Ser habitante del Estado de México.
- b) Tener 60 años de edad o más.
- c) Presentar la "Credencial DIFEM para Adultos Mayores".
- d) Valerse por sí mismo.
- e) Presentar certificado médico expedido por el médico de la CAAM o en su caso del SMDIF en donde se indique que puede valerse por sí mismo, así como una responsiva firmada por un familiar.
- f) Copia de identificación oficial con fotografía del familiar que firma la responsiva.

**7.3 Criterios de Priorización**

No aplica.

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**REGISTRO PARA GRUPO DE ADULTOS MAYORES**

|  |  |
|--|--|
| Nombre del grupo: (1) _____  |  |
| Municipio: (2) _____   | Domicilio del grupo (3) _____                  |
| Fecha de inicio: (4) _____   |  |
| Número de integrantes: (5) _____   | Mujeres: (6) _____ Hombres: (7) _____          |
| <b>Actividades que realizan en el grupo: (8)</b>   |  |
| Danza:<br>Baile:<br>Proyectos productivos:<br>Yoga:<br>Tal-chi:<br>Manualidades:<br>Otros: (9) _____ |  |
| Días de reunión: (10) _____  | Horario: (11) _____                            |
| <b>PRESIDENTE (A) DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF</b>  |  |
| _____<br>Nombre y firma (12)   |  |
| <b>PROMOTOR MUNICIPAL DE ADULTOS MAYORES</b>   | <b>PRESIDENTE DEL GRUPO DE ADULTOS MAYORES</b> |
| _____<br>Nombre y firma (13)   | _____<br>Nombre y firma (14)                   |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO REGISTRO PARA GRUPO DE ADULTOS MAYORES

| No. | CAMPO                                   | DESCRIPCION   |
|-----|---|---|
| 1   | Nombre del grupo                        | Anotar el nombre del grupo a que pertenece.   |
| 2   | Municipio                               | Anotar el nombre del municipio donde trabaja el grupo.  |
| 3   | Domicilio del grupo                     | Anotar el domicilio completo del grupo, empezando por la calle, número y colonia.   |
| 4   | Fecha de inicio                         | Anotar la fecha en que se creó el grupo.  |
| 5   | Número de integrantes                   | Anotar el número total de adultos mayores que integran el grupo.  |
| 6   | Mujeres                                 | Anotar el número total de mujeres adultas mayores que integran el grupo.  |
| 7   | Hombres                                 | Anotar el número total de hombres adultos mayores que integran el grupo.  |
| 8   | Actividades                             | Anotar la actividad o actividades que realiza el grupo.   |
| 9   | Otros                                   | Anotar alguna otra actividad si no está marcada en el apartado anterior.  |
| 10  | Días de reunión                         | Anotar los días en los que trabaja el grupo.  |
| 11  | Horario                                 | Anotar los horarios de las actividades del grupo.   |
| 12  | Presidente (a) del SMDIF                | Anotar el nombre completo y firma del presidente (a) del SMDIF. Para la Casa del Adulto mayor no se registra nada.                                    |
| 13  | Coordinador municipal                   | Anotar el nombre completo y firma del coordinador municipal de Adultos Mayores, para la Casa del Adulto Mayor del DIFEM firma el responsable de esta. |
| 14  | Presidente del grupo de adultos mayores | Anotar el nombre completo y firma del presidente del grupo de adultos mayores.  |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Proporcionar la información y documentación requerida de manera fidedigna.
- b) Asistir de manera regular a las actividades a las que se hayan inscrito y en los horarios señalados.
- c) No realizar dentro del grupo actividades comerciales, políticas y/o religiosas.
- d) Evitar presentarse al grupo con enfermedades infectocontagiosas.
- e) Conducirse con respeto hacia los demás integrantes del grupo, instructores y personal del SMDIF o de la CAAM.

### 7.7 Causas de incumplimiento

- a) Proporcionar información o documentación falsa para hacer uso del servicio.
- b) Realizar dentro del grupo actividades comerciales, lucrativas, políticas y/o religiosas.

### 7.8 Sanciones

#### Cancelación:

- a) Cuando el adulto mayor, instructores o cualquier otra persona realice dentro del grupo actividades comerciales, lucrativas, políticas o religiosas.
- b) Cuando el adulto mayor deje de asistir sin justificación en un periodo de 30 días naturales.
- c) Cuando el adulto mayor realice actos que alteren el orden y ambiente del grupo.
- d) Cuando el adulto mayor se presente al grupo en estado de ebriedad.
- e) Cuando el objetivo de la integración de grupos no se cumpla por parte del SMDIF, de los instructores o de los adultos mayores.
- f) Cuando el grupo o alguno de sus miembros pretendan apropiarse para sí, los bienes otorgados por el SMDIF o por la CAAM.

### 7.9. Contraprestación del usuario

- a) Asistir a las actividades a las que se inscribió de manera regular.
- b) Cumplir con los presentes lineamientos de operación.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- a) La CAAM realizará la promoción de formación de grupos a través de los promotores municipales de adultos mayores.

- b) El SMDIF a través del promotor municipal de adultos mayores invitará a los adultos mayores de su municipio para integrar grupos.
- c) Integrado un grupo, el SMDIF notificará su alta, mediante el formato de registro ante la CAAM y así lo hará con cada grupo nuevo, igualmente invitará al grupo a integrar su mesa directiva.
- d) La CAAM, una vez que le sea notificada la integración de un grupo a través del formato correspondiente, hará el registro de éste.
- e) La CAAM realizará supervisiones a los grupos de los SMDIF para verificar su funcionamiento.
- f) En caso de que un grupo se desintegre, el SMDIF notificará su baja mediante oficio a la CAAM.
- g) Los adultos mayores interesados en participar en los grupos solicitarán su ingreso en aquellos que ya estén conformados por el SMDIF o la CAAM.
- h) El SMDIF o la CAAM informarán al adulto mayor los requisitos, actividades y talleres que se imparten así como los horarios.
- i) Una vez cubiertos los requisitos el SMDIF o la CAAM inscribirán al adulto mayor en la actividad de su preferencia.
- j) Los grupos que integren los SMDIF se conformarán con un mínimo de 15 y un máximo de 60 adultos mayores.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la CAAM es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Integración de Grupos de Adultos Mayores".

### 8.2 Instancia ejecutora

La CAAM y los SMDIF en el ámbito de sus respectivas competencias son los responsables de la ejecución de esta acción de desarrollo social.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde al DIFEM, a través de la CAAM:

- a) Proporcionar la capacitación a los promotores municipales de adultos mayores.
- b) Promover en los SMDIF la formación de grupos de adultos mayores.
- c) Proporcionar y adecuar espacios físicos para las actividades del grupo.
- d) Definir los talleres para los grupos.
- e) Proporcionar instructores para los talleres que se impartan en los grupos.
- f) Invitar al grupo a integrar su mesa directiva.
- g) Realizar supervisiones a los grupos de adultos mayores a fin de verificar el trabajo que realizan.
- h) Contar con un registro de los grupos de adultos mayores integrados por los SMDIF.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Integrar grupos en beneficio de los adultos mayores de su municipio.
- b) Proporcionar y adecuar espacios físicos para las actividades del grupo.
- c) Definir los talleres para los grupos.
- d) Proporcionar instructores para los talleres que se impartan en los grupos.
- e) Registrar a los grupos ante la CAAM.
- f) Nombrar a un promotor y notificar mediante oficio a la CAAM.
- g) Invitar al grupo a integrar su mesa directiva.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Para una mejor organización de los grupos, podrán conformar una mesa directiva como se describe:

- a) Será elegida por la mayoría de los integrantes del grupo de adultos mayores y en presencia de un representante del SMDIF o en su caso de la CAAM.
- b) Se integrará por:
  - Un Presidente.- quien será el que represente al grupo ante el SMDIF o en su caso de la CAAM
  - Un Secretario.- quien tomará nota de los acuerdos y emitirá todo tipo de invitaciones.
  - Un Tesorero.- quien recabará los recursos financieros provenientes de eventos internos del grupo y de las cooperaciones voluntarias de sus integrantes, informará de forma mensual los ingresos y egresos realizados al SMDIF o en su caso a la CAAM.
- c) Los recursos que se recaben provendrán de eventos internos del grupo y de las cooperaciones voluntarias de sus integrantes y serán para actividades propias de este.

- d) La Mesa Directiva deberá elaborar y presentar al SMDIF o en su caso a la CAAM su programa anual de actividades.
- e) La Mesa Directiva deberá informar en primera instancia al SMDIF o en su caso a la CAAM cualquier situación inherente a sus funciones o a la situación del grupo.
- f) El periodo de funciones de la Mesa Directiva será de un año a partir de la fecha de su integración.
- g) Un mes previo a la conclusión del periodo de la Mesa Directiva, el SMDIF o en su caso la CAAM, harán la convocatoria para la integración de la nueva Mesa, de no registrarse ninguna planilla, el SMDIF o la CAAM designarán un representante.
- h) Los integrantes de la Mesa Directiva en funciones no podrán repetir en ningún cargo en el siguiente periodo.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos que emite el DIFEM, se darán a conocer por la CAAM y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo **01 800 003 43 36**, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**LIC. MARÍA DEL PILAR L. MARTÍNEZ LARA**  
COORDINADORA DE ATENCIÓN A ADULTOS  
MAYORES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.



**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Integración de Grupos de Adultos Mayores publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

## **LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL PASEOS RECREATIVOS PARA ADULTOS MAYORES**

### **1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Excursiones de un día, visitando museos, centros recreativos y lugares turísticos, entre otros.

### **2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación se entenderá por:

**Adulto mayor:** A los hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad.

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**CAAM:** A la Coordinación de Atención a Adultos Mayores.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Paseo:** A los paseos recreativos para adultos mayores.

**Personal de salud:** A los médicos, paramédicos, enfermeras, auxiliares de enfermería.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Incrementar las actividades de recreación y esparcimiento de los adultos mayores mediante la realización de paseos recreativos.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Mejorar la situación emocional y afectiva de los adultos mayores, mediante la convivencia con personas de su edad.
- b) Brindar la oportunidad de conocer nuevas culturas a los adultos mayores a través de visitas a diversos lugares del Estado de México y Estados aledaños.

### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Adultos mayores que habitan en el Estado de México.

### **5. COBERTURA**

El servicio opera en los 125 municipios del Estado de México.

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

Excursiones de un día, visitando museos, centros recreativos y lugares turísticos, entre otros.

#### **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM, sin embargo cuando exista costo de acceso al lugar que se visita se hará del conocimiento del SMDIF o del adulto mayor siendo este quien cubra dicho costo, igualmente el pago de peajes será a cargo del SMDIF en caso que decida trasladarse por autopista de cuota.

### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

#### **7.1 Permanencia**

Permanecerán en el servicio los usuarios que cumplan con los requisitos que se mencionan en el punto siguiente.

#### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Ser adulto mayor.

- b) Ser habitante del Estado de México.
- c) Presentar la "Credencial DIFEM para Adultos Mayores".
- d) Presentar copia de Identificación Oficial de un familiar responsable.
- e) Los adultos mayores con discapacidad visual deberán hacerse acompañar por algún familiar.
- f) Requisitar y presentar la Carta Responsiva para Actividades Externas.

**7.3 Criterios de Priorización**

- a) Se dará prioridad a los adultos mayores que estén integrados a los grupos.
- b) Cuando un adulto mayor no asista al paseo, se podrá integrar a uno que esté en lista de espera.

**7.4 Formatos**



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**CARTA RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS**

Yo: (1) \_\_\_\_\_  
con credencial DIFEM CAAMGI No.: (2) \_\_\_\_\_, integrante del Grupo de Adultos Mayores denominado: (3) \_\_\_\_\_  
**bajo mi responsabilidad**, deseo asistir a las actividades externas que programe la Coordinación de Atención a Adultos Mayores y Grupos Indígenas; asimismo, autorizo a esta o a la Coordinación Municipal de: (4) \_\_\_\_\_ **para qué,**  
**en caso de algún accidente o enfermedad, me trasladen al servicio médico que consideren adecuado, aclarando que seremos mi familia y yo quienes solventaremos los gastos.**

Todos los datos asentados en este formato son fidedignos

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

**YO PADEZCO:** (5)  
Desvanecimientos:  Hipertensión  Diabetes  Alcoholismo   
Soy alérgico a:  
(6) \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_  
Institución o médico que me atiende: (7) \_\_\_\_\_  
No. de clínica o domicilio del médico: (8) \_\_\_\_\_  
Teléfono de la clínica o el médico: (9) \_\_\_\_\_  
Nombre y parentesco de un familiar responsable: (10) \_\_\_\_\_  
Domicilio y teléfono:  
(11) \_\_\_\_\_

**INTEGRANTE DEL GRUPO**

**ENTERADO FAMILIAR**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (12)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (13)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**GRUPO DE ADULTOS MAYORES**  
**CARTA RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS**

| No. | CAMPO                               | DESCRIPCION   |
|-----|-------------------------------------|---|
| 1   | Yo                                  | Anotar el nombre completo del adulto mayor empezando por apellido paterno.                                      |
| 2   | No. de credencial del DIFEM CAAM    | Anotar el número de la credencial del DIFEM CAAM.   |
| 3   | Nombre del grupo                    | Anotar el nombre del grupo al que está inscrito el adulto mayor   |
| 4   | Municipio donde radica              | Anotar el municipio donde radica el adulto mayor.   |
| 5   | Padecimientos                       | Marcar en el rubro correspondiente si tiene algún padecimiento de los señalados.                                |
| 6   | Alergias                            | Anotar si padece de alguna alergia o es alérgico a algún medicamento.   |
| 7   | Institución o médico que lo atiende | Anotar la clínica o institución médica donde se encuentra adscrito o el nombre del médico particular.           |
| 8   | Domicilio de la clínica o médico    | Anotar el número de la clínica y/o el domicilio de su médico particular.  |
| 9   | Teléfono de la clínica o médico     | Anotar el número telefónico con lada de la clínica y/o médico particular.                                       |
| 10  | Familiar responsable                | Anotar el nombre completo de un familiar, así como su parentesco del responsable del adulto mayor.              |
| 11  | Domicilio y teléfono                | Anotar el domicilio completo, así como el número telefónico con lada del familiar responsable del adulto mayor. |
| 12  | Integrante del grupo                | Anotar el nombre completo y firma o en su caso la huella digital del adulto mayor.                              |
| 13  | Enterado familiar                   | Anotar el nombre completo y firma o en su caso la huella digital del responsable del adulto mayor.              |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**LISTA DE ASISTENCIA A PASEO**

No. de asientos: (1) \_\_\_\_\_ Fecha: (2) \_\_\_\_\_ Lugar a visitar: (3) \_\_\_\_\_

Lugar de salida (sistema municipal DIF): (4) \_\_\_\_\_

Hora de salida: (5) \_\_\_\_\_ Hora de llegada: (6) \_\_\_\_\_

Responsable del paseo: (7) \_\_\_\_\_

Personal de salud: (8) \_\_\_\_\_

| No.: (9) | Nombre: (10) | Municipio: (11) | Comunidad: (12) | No. de credencial: (13) | Teléfono: (14) | Firma: (15) |
|----------|--------------|-----------------|-----------------|-------------------------|----------------|-------------|
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |
|          |              |                 |                 |                         |                |             |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**LISTA DE ASISTENCIA A PASEO**  
**"VIAJANDO CON EL VALOR DE LA EXPERIENCIA"**

| No. | CAMPO                 | DESCRIPCION   |
|-----|-----------------------|---|
| 1   | No. de asientos       | Anotar el número de asientos que tiene el autobús.                              |
| 2   | Fecha                 | Anotar el día, mes y año en que se llevo a cabo el paseo.                       |
| 3   | Lugar a visitar       | Escribe el sitio que se visita.   |
| 4   | Lugar de salida       | Se especificara el lugar de donde sale el grupo al paseo.                       |
| 5   | Hora de salida        | Se anotara la hora de salida del paseo  |
| 6   | Hora de llegada       | Se anotara la hora de llegada del paseo   |
| 7   | Responsable del paseo | Se anoto el nombre del responsable del paseo por parte de la CAAMGI y del SMDIF |
| 8   | Personal de salud     | Anotar el nombre de la persona que apoyo como personal de salud                 |
| 9   | Número                | Anotar el número progresivo de los asientos                                     |
| 10  | Nombre                | Anotar el nombre completo del adulto mayor con sus apellidos.                   |
| 11  | Municipio             | Anotar el municipio de donde es el adulto mayor.                                |
| 12  | Comunidad             | Anotar la comunidad donde viene el adulto mayor.                                |
| 13  | No. de credencial     | Anotar el número de la credencial DIFEM del adulto mayor.                       |
| 14  | Teléfono              | Anotar el número telefónico con lada del adulto mayor.                          |
| 15  | Firma                 | Registrar la firma del adulto mayor o en su caso la huella del adulto mayor.    |



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
ESTADO DE MÉXICO Coordinación de Atención a Adultos Mayores



**DIF**  
ESTADO DE MÉXICO

**INFORME DIARIO DE PASEO**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_ No. de beneficiados: (2) F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Del municipio de: (3) \_\_\_\_\_

Paseo realizado a: (4) \_\_\_\_\_

Hora de salida al municipio: (5) \_\_\_\_\_ Hora de llegada al municipio: (6) \_\_\_\_\_

Hora de salida del municipio: (7) \_\_\_\_\_ Hora de llegada a Toluca: (8) \_\_\_\_\_

Lugares que se visitaron: (9) \_\_\_\_\_

Reseña del paseo: (10) \_\_\_\_\_

Informe del personal de salud: (11) \_\_\_\_\_

Comentarios y/o incidentes: (12) \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE LA CAAM**

**RESPONSABLE DEL MUNICIPIO**

**PERSONAL DE SALUD**

Nombre y firma (13)

Nombre y firma (14)

Nombre y firma (15)

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### INFORME DIARIO DE PASEO

| No. | CAMPO                         | DESCRIPCION  |
|-----|-------------------------------|--|
| 1   | Fecha                         | Anotar el día, mes y año en se elabora el formato.   |
| 2   | Beneficiados                  | Se anotar el número de adultos mayores, por género que asistieron la paseo.  |
| 3   | Municipio                     | Se Anotara el nombre del municipio al que se le otorgo el paseo.   |
| 4   | Paseo                         | Anotar el nombre del lugar que se visito.  |
| 5   | Hora de salida                | Anotar la hora de salida al paseo  |
| 6   | Hora de llegada               | Anotar la hora de llegada al municipio   |
| 7   | Hora de salida                | Anotar la hora de salida del municipio que fue visitado  |
| 8   | Hora de llegada a Toluca      | Anotar la hora de llegada a Toluca   |
| 9   | Lugar que visitaron           | Se anotara los puntos que fueron visitados durante el trayecto del paseo.  |
| 10  | Reseña del paseo              | Se describirán las actividades que tuvieron durante la realización del paseo.  |
| 11  | Informe del personal de salud | Anotar si hubo alguna anomalía respecto a la salud de los adultos  |
| 12  | Comentarios y/o incidentes    | Se anotar en caso de existir algún comentario adicional por parte de los responsables. Así como si en su caso tuvieron algún situación extraordinaria que se haya presentado en el recorrido |
| 13  | Responsable de la CAMM        | Anotar el nombre completo y la firma del responsable que acude por parte de la coordinación de adultos mayores   |
| 14  | Responsable del municipio     | Anotar el nombre completo y la firma del responsable que acude por parte del municipio.  |
| 15  | Personal de salud             | Anotar el nombre completo y la firma del personal de salud.  |

#### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

#### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Proporcionar la información y documentación requerida de manera fidedigna.
- b) Presentar Carta Responsiva de Actividades Externas debidamente requisitada y firmada por el adulto mayor y un familiar.
- c) Presentarse el día, hora y lugar señalados para el paseo.
- d) Permanecer con el grupo durante el paseo.
- e) Cumplir con las indicaciones del promotor municipal y del responsable del paseo de la CAAM.
- f) No ingerir bebidas embriagantes durante el paseo.
- g) No comer ni fumar dentro del autobús.
- h) Mantener la limpieza del autobús durante el paseo.

#### 7.7 Causas de incumplimiento

La no observancia de cualquiera de los requisitos y obligaciones señalados en estos lineamientos de operación.

#### 7.8 Sanciones

##### Cancelación

- a) Cuando el adulto mayor no presente su Carta Responsiva para Actividades Externas así como la identificación del familiar responsable.
- b) Cuando el SMDIF no presente la documentación de cada uno de los adultos mayores que acuden al paseo.
- c) Cuando no se cubra con el número de adultos requeridos para efectuar el paseo, el cual será de mínimo 26 y máximo 35.

##### Suspensión

Cuando el SMDIF pretenda incluir en el paseo a personas que no sean adultos mayores, a excepción de aquellos que acompañen a un adulto mayor con discapacidad visual.

### 7.9. Contraprestación del usuario

Cumplir con los presentes Lineamientos de Operación.

#### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

Para los paseos con los SMDIF:

- a) El SMDIF solicitará mediante oficio al titular de la Dirección General del DIFEM el paseo recreativo.
- b) La CAAM recibirá solicitud de paseo del SMDIF, verificando la fecha y lugar a visitar y de ser viable se agendará el paseo.
- c) La CAAM informará mediante oficio al SMDIF fecha, lugar de destino, hora y lugar de salida, los requisitos que deberán cubrir los adultos mayores, si existiera algún costo de acceso se indicará el monto de éste, así como el que los costos de peaje serán a su cargo en caso de que decida trasladarse por autopista de cuota, debiendo autorizarlos la Presidenta del SMDIF y anexará al oficio los formatos de Lista de Asistencia a Paseos y Carta Responsiva para Actividades Externas, esta última tendrá una vigencia de seis meses.
- d) El SMDIF acudirá a las oficinas de la CAAM a recoger el oficio de contestación y formatos.
- e) El SMDIF a través del promotor municipal de adultos mayores informará a los adultos mayores la fecha del paseo, les entregará el formato de Carta Responsiva para Actividades Externas y los registrará en la Lista de Asistencia a Paseo.
- f) El día acordado el responsable del paseo de la CAAM se presentará en el municipio con el autobús del DIFEM.
- g) El promotor municipal de adultos mayores tendrá al grupo reunido en el lugar convenido y presentará al responsable del paseo de la CAAM las Cartas Responsivas para Actividades Externas de los usuarios, previamente revisadas, así como la Lista de Asistencia a Paseo.
- h) El responsable del paseo de la CAAM revisará la Lista de Asistencia a Paseo y las Cartas Responsivas para Actividades Externas.
- i) Una vez revisada la documentación el grupo se trasladará al lugar programado, se hará el recorrido del lugar y se regresará al municipio.
- j) El responsable del paseo de la CAAM, el promotor municipal y el personal de salud, elaborarán conjuntamente y firmarán el Informe del Paseo cuyo original será para el área de paseos de la CAAM.
- k) Cuando algún adulto mayor se extravié, el promotor municipal y el responsable del paseo de la CAAM lo buscarán durante 60 minutos manteniendo al resto del grupo en el autobús con el personal de salud. En caso de que no lo encuentren, el responsable del paseo deberá reportar la situación a la CAAM, a su vez el promotor municipal se comunicará vía telefónica al SMDIF y con los familiares del adulto. El promotor municipal se quedará en el lugar hasta que localice al adulto mayor, en tanto que el resto del grupo regresará a su municipio haciéndose cargo el responsable del paseo de la CAAM.

Para paseos con la CAAM:

- a) El adulto mayor se presenta en las oficinas de la CAAM.
- b) El responsable del área de paseos le informará de los requisitos, fecha para la inscripción al paseo y entregará formato de Carta Responsiva para Actividades Externas.
- c) El adulto mayor requisitará la Carta Responsiva para Actividades Externas, fotocopiando en la parte posterior de esta, su "Credencial DIFEM para Adultos Mayores" y la identificación oficial del familiar responsable, dichas copias serán por ambos lados.
- d) El primer día hábil del mes, el adulto mayor acudirá a la CAAM a inscribirse al paseo.
- e) Si el adulto mayor cumple con los requisitos, el responsable del área de paseos lo inscribirá e informará el destino, fecha del paseo y si existe algún costo de acceso para el lugar a visitar, mismo que deberá ser cubierto por el usuario.
- f) El responsable del área de paseos de la CAAM registrará a los adultos mayores en la Lista de Asistencia a Paseo.
- g) El día del paseo el adulto mayor se presentará en el lugar y hora acordados cumpliendo con las indicaciones recibidas el día de la inscripción.
- h) Revisada la documentación, el responsable del área de paseos de la CAAM la entregará al responsable del paseo y este último con el grupo se trasladará al lugar programado, se hará el recorrido y se regresará a la ciudad de Toluca.
- i) El responsable del paseo elaborará y firmará el Informe del Paseo y lo entregará al área de paseos de la CAAM.
- j) Cuando algún adulto mayor se extravié el responsable del paseo de la CAAM lo buscará durante 60 minutos manteniendo al resto del grupo en el autobús; en caso de que no lo encuentre, deberá reportar la situación a la CAAM, quien a su vez informará a los familiares del adulto y se quedará en el lugar hasta que localice al adulto mayor, en tanto que el resto del grupo regresará a Toluca.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la CAAM es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Paseos Recreativos para Adultos Mayores".

## 8.2 Instancia ejecutora

La CAAM es la responsable de la ejecución de esta acción de desarrollo social.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde al DIFEM a través de la CAAM:

- a) Programar y organizar los paseos en base a las fechas disponibles tanto de la CAAM como de los SMDIF.
- b) Informar al SMDIF la fecha y el lugar del paseo adjuntando formato de Carta Responsiva para Actividades Externas y Lista de Asistencia.
- c) Realizar los trámites conducentes con las instancias del DIFEM para la realización del paseo.
- d) Supervisar la realización del paseo.

Corresponde al responsable del paseo por parte de la CAAM:

- a) Revisar la documentación (Lista de Asistencia, Carta Responsiva para Actividades Externas y "Credencial DIFEM para Adultos Mayores") de los adultos mayores que asisten al paseo.
- b) Decidir conjuntamente con el conductor del autobús el lugar de ascenso y descenso de los adultos mayores.
- c) Permanecer con el grupo durante todo el paseo.
- d) Elaborar y firmar informe del paseo con el promotor municipal y con el personal de salud.
- e) Entregar en tiempo y forma el informe del paseo al encargado del área de paseos de la CAAM.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Solicitar el paseo por escrito dirigido al titular de la Dirección General del DIFEM.
- b) Asignar al personal de salud que deberá asistir junto con el promotor municipal al paseo.
- c) Avisar por escrito a la CAAM el nombre de la persona que acudirá al paseo como responsable, en caso de que no asista el promotor municipal.
- d) Cubrir costos de peaje de autopistas, en caso de ser necesario.
- e) Contar con un mínimo de 26 y un máximo 35 adultos mayores para llevar a cabo el paseo.

Corresponde al Promotor municipal:

- a) Brindar el apoyo necesario al responsable del paseo de la CAAM y a los adultos mayores.
- b) Permanecer con el grupo durante todo el paseo.
- c) Verificar que estén bien requisitadas las Cartas Responsiva para Actividades Externas de los adultos mayores que asisten al paseo así como la Lista de Asistencia a Paseo

Corresponde al personal de salud:

- a) Atender al adulto mayor en caso de que este sufra un accidente, en su caso deberá llevarlo a la institución de salud más cercana.
- b) Dar aviso a la CAAM y/o al SMDIF para que a su vez informen a los familiares de la persona accidentada.
- c) Permanecer con el grupo durante todo el paseo.
- d) Durante los traslados realizar periódicamente ejercicios de activación física con los adultos mayores.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos que emite el DIFEM, se darán a conocer por la CAAM y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo **01 800 003 43 36**, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. MARÍA DEL PILAR L. MARTÍNEZ LARA**  
COORDINADORA DE ATENCIÓN A ADULTOS  
MAYORES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Paseos Recreativos para Adultos Mayores publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).



**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
EMISIÓN DE LA CREDENCIAL DIFEM PARA ADULTOS MAYORES****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Emisión de la credencial DIFEM al adulto mayor para acceder a descuentos y/o trato preferencial con diversos prestadores de bienes y servicios, así como a los programas de la Coordinación de Atención a Adultos Mayores.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación se entenderá por:

**Adulto mayor:** A los hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad.

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**CAAM:** A la Coordinación de Atención a Adultos Mayores.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Credencial:** A la Credencial DIFEM para adultos mayores.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Mejorar las condiciones sociales de los adultos mayores a través de un documento que les permita acceder a descuentos y trato preferencial.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Apoyar la economía de los adultos mayores, mediante la "Credencial DIFEM para Adultos Mayores" que les permita acceder a descuentos con prestadores de bienes y servicios.
- Incrementar a través de la gestión de Convenios y/o Cartas Compromiso el número de prestadores de bienes y servicios que ofrezcan descuentos al adulto mayor.
- Incrementar el número de adultos mayores con "Credencial DIFEM para Adultos Mayores" a través del apoyo de los SMDIF.

**4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Adultos mayores que habitan en el Estado de México.

**5. COBERTURA**

El servicio opera en los 125 municipios del Estado de México.

**6. SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

Credencial DIFEM para Adultos Mayores.

**6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

**7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO****7.1 Permanencia**

Permanecerán en el servicio aquellos usuarios que cuenten con la Credencial.

**7.2 Requisitos y criterios de selección**

Los solicitantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser habitante del Estado de México.
- b) Tener 60 años o más de edad.
- c) Presentar copia de alguno de los siguientes documentos:
  - Acta de Nacimiento

- Identificación Oficial con fotografía
- CURP
- Fe de bautismo
- Credencial DIFEM para Adultos Mayores (anterior).

d) Acudir a las oficinas de la Coordinación de Atención a Adultos Mayores ubicada en Prolongación Juárez Nte. 415, colonia Santa Bárbara, Toluca, Estado de México o a su SMDIF.

**7.3 Criterios de Priorización**

No aplica

**7.4 Formatos**



**RECIBO DE CREDENCIALES ENTREGADAS A ADULTOS MAYORES**

| No. Cred. (1) | Nombre: (2) | Fecha: (3) | Firma: (4) |
|---------------|-------------|------------|------------|
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |
|               |             |            |            |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**RECIBO DE CREDENCIALES ENTREGADAS A ADULTOS MAYORES**

| CAMPO | DESCRIPCIÓN  |
|-------|--|
| 1     | Se anota el Número de folio de la Credencial                       |
| 2     | Anotar el nombre del adulto mayor que recibe la credencial.        |
| 3     | Anotar día, mes y año en que el adulto mayor recibe la credencial. |
| 4     | Firma o huella del adulto mayor que recibe la credencial.          |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- Recibir la Credencial.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- Proporcionar la información y documentación requerida de manera fidedigna.
- Hacer buen uso de la credencial, la cual es un documento personal e intransferible.

**7.7 Causas de incumplimiento**

- Hacer mal uso de la Credencial.
- Proporcionar datos o documentos falsos para la obtención de la Credencial.

**7.8 Sanciones**
**Cancelación:**

- Cuando se haga mal uso de la Credencial.
- Cuando se detecte que el usuario proporcionó datos o documentos falsos para la obtención de la Credencial.

**7.9. Contraprestación del usuario**

- Hacer buen uso de la Credencial.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

Para los adultos mayores que acudan directamente a las oficinas de la CAAM:

- El adulto mayor solicitará el servicio y presentará alguno de los documentos requeridos.
- El personal de la CAAM revisará la documentación, si es correcta procederá a la captura de los datos del adulto mayor y toma de fotografía.
- El adulto mayor proporcionará los datos que le sean solicitados.
- El personal de la CAAM capturará la información y leerá los datos capturados al adulto mayor a efecto de verificar que estén correctos, una vez corroborados, procede a la impresión y entrega de la credencial.
- El adulto mayor firmará en el formato "Recibo de Credenciales entregadas a adultos mayores".
- En caso de robo o extravío el adulto mayor tendrá derecho a obtener un máximo de dos reposiciones, presentándose en las oficinas de la CAAM y si esto sucede en algún municipio el trámite deberá ser por medio del promotor municipal que se encuentra en las instalaciones del SMDIF.
- El adulto mayor deberá presentar la Credencial para solicitar el descuento ante los prestadores de bienes y servicios con los que el DIFEM tiene convenio y/o carta compromiso o al solicitar un servicio de la CAAM.
- La credencial se repondrá un máximo de dos veces anotando en la reposición al final del folio la leyenda -R I o -R2 según sea el caso, ejemplo: 000001-R I - 000001-R2.

Para los SMDIF:

- El SMDIF solicitará el módulo de emisión de credenciales para los adultos mayores de su municipio mediante oficio dirigido a la Dirección General del DIFEM, garantizando una asistencia mínima de 75 adultos mayores por módulo.
- Recibida la solicitud por parte del SMDIF, el área de emisión de credenciales de la CAAM, acordará vía telefónica con el SMDIF, fecha, hora y lugar para la emisión de credenciales.
- Una vez que acuerda vía telefónica fecha, hora y lugar para la emisión de credenciales, el SMDIF a través del Promotor Municipal de adultos mayores difundirá el evento.
- La CAAM agendará fecha para la visita y mediante oficio se informará al SMDIF fecha, lugar y hora así como los requerimientos que son:

- Proporcionar un espacio cerrado, adecuado para la instalación del módulo de credenciales, que permita operar uno o dos equipos de cómputo y una o dos impresoras, sillas para asistentes y contar con instalaciones eléctricas adecuadas.
  - Proporcionar personal de apoyo el día de la credencialización.
- e) El día programado, personal de la CAAM acudirá al municipio con el módulo de credenciales.
  - f) Durante la jornada el Promotor Municipal de adultos mayores entregará de diez en diez, al personal de la CAAM la documentación de los adultos mayores para su captura.
  - g) El personal de la CAAM recibirá la documentación por parte del Promotor Municipal y capturará los datos de los adultos mayores, una vez capturados regresará los documentos al Promotor y este organizará a los adultos para la toma de fotografía.
  - h) El Promotor Municipal de adultos mayores formará a los adultos mayores en el mismo orden de la documentación y los pasará a la toma de fotografía.
  - i) El personal de la CAAM capturará las fotografías de los adultos mayores.
  - j) El personal de la CAAM imprimirá las credenciales y las entregará al Promotor Municipal en la reunión mensual.
  - k) El Promotor Municipal de adultos mayores entregará las credenciales a los adultos mayores y les informará de los establecimientos en los que se otorgan descuentos.
  - l) El adulto mayor firmará en el formato "Recibo de Credenciales entregadas a adultos mayores".
  - m) La credencial se repondrá un máximo de dos veces anotando en la reposición al final del folio la leyenda -R 1 o -R2 según sea el caso, ejemplo: 000001-R 1 - 000001-R2.

A través del sistema informático:

- a) El adulto mayor solicitará el servicio en su SMDIF y presentará alguno de los documentos requeridos.
- b) El Promotor Municipal de adultos mayores revisará la documentación, si es correcta procederá a la captura de los datos del adulto mayor en el sistema informático.
- c) El adulto mayor proporcionará los datos que le sean solicitados.
- d) El Promotor Municipal de adultos mayores tomará la fotografía, capturará los datos y los leerá al adulto mayor a efecto de verificar que estén correctos, una vez corroborados, guardará la información en el sistema informático.
- e) Con los datos capturados por los SMDIF en el sistema informático, la CAAM imprimirá las credenciales.
- f) En las reuniones mensuales con los Promotores Municipales de adultos mayores la CAAM hará la entrega de las credenciales a cada uno de los SMDIF que hayan capturado datos en el sistema informático.
- g) El Promotor Municipal de adultos mayores citará a los adultos mayores y hará entrega de la credencial.
- h) El adulto mayor firmará en el formato "Recibo de Credenciales entregadas a adultos mayores".
- i) El Promotor Municipal de adultos mayores remitirá a la CAAM el formato "Recibo de Credenciales entregadas a adultos mayores".

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la CAAM es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Emisión de la Credencial DIFEM para Adultos Mayores".

### **8.2 Instancia ejecutora**

La CAAM es responsable de la ejecución de esta acción de desarrollo social.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Corresponde al DIFEM, a través de la CAAM:

- a) Suscribir un convenio de concertación de acciones con el SMDIF para la operación del programa "Emisión de la Credencial DIFEM para Adultos Mayores".
- b) Programar e informar por escrito al SMDIF la fecha de visita para la emisión de credenciales, los requerimientos para la instalación del módulo y los requisitos para el trámite de la credencial por parte de los adultos mayores.
- c) Otorgar a los SMDIF la clave de acceso al sistema informático para la captura de los datos personales de los adultos mayores.
- d) Capacitar a los promotores municipales de adultos mayores sobre el sistema informático, así como del procedimiento de emisión de credenciales.
- e) Acudir a los SMDIF que soliciten el módulo para la emisión de la Credencial.
- f) Entregar a los SMDIF las credenciales de los adultos mayores tanto de las jornadas como de las capturadas en el sistema informático.

- g) Validar la documentación entregada por los SMDIF con los datos capturados en el sistema informático.
- h) Gestionar convenios y/o cartas compromiso con prestadores de bienes y/o servicios para la obtención de descuentos en beneficio de los adultos mayores.
- i) Brindar orientación a los Promotores Municipales de adultos mayores para dar seguimiento y actualizar los convenios y/o cartas compromiso que se encuentran vigentes.
- j) Verificar y actualizar los convenios y/o cartas compromiso que se tienen suscritos con los establecimientos a fin de que se encuentren vigentes y se esté prestando el beneficio y/o servicio.
- k) Brindar el servicio a los adultos mayores que soliciten la credencial en el módulo de la CAAM.
- l) Archivar la documentación soporte de las credenciales emitidas en el módulo de la CAAM.
- m) Realizar visitas aleatorias y periódicas a los SMDIF a fin de verificar el manejo del sistema informático.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Asignar un Promotor Municipal para llevar a cabo las actividades inherentes a las acciones de adultos mayores y enviar copia del nombramiento a la CAAM.
- b) Solicitar por escrito a Titular de la Dirección General del DIFEM, el módulo de emisión de credenciales para adultos mayores.
- c) Realizar la difusión de la acción "Emisión de la Credencial DIFEM para Adultos Mayores" así como de las jornadas que se realicen en el municipio, informando de los requisitos para obtener la credencial.
- d) Proporcionar a la CAAM los requerimientos solicitados para la emisión de la credencial.
- e) Asignar un equipo de cómputo y cámara fotográfica para la captura de las credenciales a través del sistema informático.

Corresponde al Promotor Municipal de adultos mayores:

- a) Estar presente en la jornada de emisión de credenciales para coordinarse con los responsables de la CAAM.
- b) Verificar que el adulto mayor cumpla con los requisitos señalados.
- c) Anotar en la copia del documento probatorio de edad, en caso de ser necesario, el domicilio del adulto mayor, así como el nombre del familiar responsable y su teléfono.
- d) Capturar en el sistema informático los datos de los adultos mayores que realicen el trámite de la credencial en el municipio.
- e) Informar a los adultos mayores de los beneficios que ofrece la credencial en su municipio.
- f) Gestionar convenios y/o cartas compromiso con prestadores de bienes y/o servicios de su municipio para la obtención de descuentos en beneficio de los adultos mayores.
- g) Entregar al responsable del área de convenios de la CAAM los convenios y/o cartas compromiso que haya gestionado para su suscripción en cuatro tantos.
- h) Verificar y actualizar los convenios y/o cartas compromiso que se tienen suscritos con los establecimientos de su municipio a fin de que se encuentren vigentes y se esté prestando el beneficio y/o servicio.
- i) Archivar la documentación soporte de los datos capturados en el sistema informático.
- j) Presentar al personal de la CAAM en las visitas que se realicen al municipio, la documentación soporte de los adultos mayores que solicitaron la credencial.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos que emite el DIFEM, se darán a conocer por la CAAM y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo **01 800 003 43 36**, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. MARÍA DEL PILAR L. MARTÍNEZ LARA**  
COORDINADORA DE ATENCIÓN A ADULTOS  
MAYORES Y GRUPOS INDÍGENAS  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Emisión de la Credencial DIFEM para Adultos Mayores publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD****I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Promover a través de la capacitación y asesoría a los Sistemas Municipales DIF del Estado de México la acción de Rehabilitación Basada en la Comunidad, la cual se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias, comunidades y de los servicios de salud, educativos, sociales y laborales existentes en las comunidades.

## 2. GLOSARIO DE TERMINOS

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**Centro de Rehabilitación:** Al establecimiento de asistencia social facultado para operar en beneficio de las personas con discapacidad llevando a cabo acciones de rehabilitación y prevención en materia de discapacidad: los cuales operan en las modalidades de: (CREE) Centro de Rehabilitación y Educación Especial, (CRIS) Centro de Rehabilitación e Integración Social, (URIS) Unidad de Rehabilitación e Integración Social, (UBRIS) Unidad Básica de rehabilitación e Integración Social.

**Discapacidad:** Concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

**Educación Especial:** Al conjunto de servicios y programas, orientación y recursos educativos especializados, puestos a disposición de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, que favorecen su desarrollo integral, y faciliten la adquisición de habilidades y destrezas que les capaciten para lograr los fines de la educación.

**Personas con discapacidad:** Son las personas que tienen deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igual de condiciones con los demás.

**Promotor:** Persona física que promueve o promociona actividades para la atención de las personas con discapacidad.

**Rehabilitación:** Proceso de duración limitada y con un objeto definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

**Rehabilitación Basada en la Comunidad:** Acción destinada a las personas con discapacidad y sus familias para que tomen sus propias decisiones y asuman la responsabilidad de cambiar sus vidas y mejorar sus comunidades.

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo General

Brindar capacitación y asesoría a los promotores de los SMDIF en la acción denominada Rehabilitación Basada en la Comunidad, que tiene como fin asegurar que todas las personas con discapacidad sean capaces de acceder a sus derechos y beneficios.

### 3.2 Objetivos Específicos

- Contribuir mediante la capacitación y asesoría de los promotores de los SMDIF, a la promoción de actividades de rehabilitación y salud para las atender a las personas con discapacidad permanente.
- Fortalecer a través de la capacitación y asesoría de los promotores de los SMDIF las actividades de integración familiar, educación, cultura, recreación, deporte y subsistencia para las personas con discapacidad permanente.

## 4. POBLACION OBJETIVO

Promotores de los 125 SMDIF responsables de dar atención a personas con discapacidad.

## 5. COBERTURA

Los 125 municipios del Estado de México.

## 6. SERVICIO

### 6.1 Tipo de Servicio

- . Capacitación inicial intensiva
- . Capacitación permanente
- . Asesorías y supervisión de actividades

### 6.2 Monto del Servicio

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia

El DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la Dirección de Atención a la Discapacidad determinará la permanencia del promotor designado con base en el cumplimiento de requisitos y las supervisiones realizadas.

**7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Haber recibido oficio de invitación al Curso de Capacitación Inicial para Promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad, signado por el Titular de la Dirección de Atención a la Discapacidad del DIFEM.
- b) Enviar oficio de nombramiento del promotor designado firmado por la Presidente del SMDIF.

El promotor designado deberá:

- a) Mostrar afinidad por el trabajo en campo.
- b) Asistir a los cursos de capacitación a que sean convocados.

**7.3 Criterios de Priorización**

La acción Rehabilitación Basada en la Comunidad encabezada por un promotor municipal, se establecerá como acción prioritaria para atención de las personas con discapacidad aún en aquellos municipios que cuenten con un Centro de Rehabilitación.

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Atención a la Discapacidad  
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad



**INFORME MENSUAL**

**REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ Mes: (2) \_\_\_\_\_ Año: (3) \_\_\_\_\_

| ACTIVIDAD                    | TOTAL |
|------------------------------|-------|
| Platicas: (4)                |       |
| Orientaciones: (5)           |       |
| Difusión: (6)                |       |
| Detecciones: (7)             |       |
| Valoraciones: (8)            |       |
| Referencias: (9)             |       |
| Terapia Física: (10)         |       |
| Terapia Ocupacional: (11)    |       |
| Terapia del Lenguaje: (12)   |       |
| Altas: (13)                  |       |
| Visitas Domiciliarias: (14)  |       |
| Integración Educativa: (15)  |       |
| Integración Laboral: (16)    |       |
| Integración Recreativa: (17) |       |
| Integración Cultural: (18)   |       |
| Integración Deportiva: (19)  |       |
| Donaciones: (20)             |       |
| Apoyo de Transporte: (21)    |       |
| Otras Actividades: (22)      |       |

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN SMDIF

VO. BO. DE LA PRESIDENTA DEL SMDIF

Nombre y Firma (23)

Nombre y Firma (24)



**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**INFORME MENSUAL**
**REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

| No. | CAMPO                                  | DESCRIPCIÓN   |
|-----|--|---|
| 1   | Municipio                              | Se anotara el nombre del municipio motivo de la supervisión.  |
| 2   | Mes                                    | Se anotara el nombre del mes al que corresponde el informe de actividades.  |
| 3   | Año                                    | Se anotara el año al que corresponde el informe de actividades.   |
| 4   | Platicas                               | Se registrara si se imparten pláticas grupales a la población con el objetivo de informar, sensibilizar y promover una cultura de prevención de la discapacidad, o si se imparten platicas con fines informativos en materia de rehabilitación, o en torno a aspectos de integración social, se pondrá al lado de este número una diagonal en la que se escribirá el número de personas que se beneficiaron con esta actividad.   |
| 5   | Orientaciones                          | Se registrará el número de actividades llevadas acabo con el fin de proporcionar a las personas con discapacidad información clara y precisa respecto a la atención que se le proporcionara para atender su situación de discapacidad y la manera en que se realiza esta actividad.   |
| 6   | Difusión                               | Se registrara el número de trípticos, carteles, periódicos murales, rotafolios, etc. que se hayan elaborado durante el mes para difundir las actividades e información que se quiera hacer llegar a la población del municipio en materia de discapacidad.  |
| 7   | Detección de Personas con Discapacidad | Se registrara el número de personas con discapacidad de tipo permanente que se detectan de manera mensual en el municipio.  |
| 8   | Valoraciones                           | Se registrará aquella actividad en que es evaluada una persona con discapacidad con el objeto de determinar la mejor manera de proporcionarle atención especial a su situación personal. (No puede ser considerada consulta de rehabilitación por carecer de los parámetros).   |
| 9   | Referencias                            | Se registrarán los casos en que una persona con discapacidad sea enviada a una Unidad de Rehabilitación, o a otros servicios o instituciones de salud, educación, trabajo, cultura, recreación o deporte dentro o fuera del Municipio.  |
| 10  | Terapia Física                         | Se registrará el total de veces que las personas con discapacidad son atendidos para recibir terapia física por el personal de este programa (se dejaran fuera los casos que sean atendidos en la Unidad de Rehabilitación si es que el municipio cuenta con estos servicios).  |
| 11  | Terapia Ocupacional                    | Se registrará el total de veces que las personas con discapacidad son atendidos para recibir terapia ocupacional por el personal (se dejaran fuera los casos que sean atendidos en la Unidad de Rehabilitación si es que el municipio cuenta con estos servicios).  |
| 12  | Terapia del Lenguaje                   | Se registrará el total de veces que las personas con discapacidad son atendidos para recibir terapia del lenguaje por el personal (se dejaran fuera los casos que sean atendidos en la Unidad de Rehabilitación si es que el municipio cuenta con estos servicios).   |
| 13  | Altas                                  | Se registrará el número de pacientes que hayan concluido su atención: a) Deserción: El paciente dejó de asistir al sistema municipal DIF (en este caso hay que considerar que antes de registrar el alta se investigue el motivo de la inasistencia). b) Fallecimiento: (El paciente murió).  |
| 14  | Visitas Domiciliarias                  | Se registrarán todas a aquellas actividades de campo en que se acuda a la casa de la persona con discapacidad con el objetivo de otorgar atención en cualquiera de las disciplinas que participan en el R.B.C.  |
| 15  | Integración Educativa                  | Se registrara el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado a una escuela de educación regular o especial dentro del municipio o en otro municipio.   |
| 16  | Integración Laboral                    | Se registrará el número de personas con discapacidad integradas en las siguientes actividades: CENTROS DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO VISITADOS PARA DIFUSIÓN DEL PROGRAMA: Centros de Capacitación y/o Adiestramiento visitados con el objetivo de incorporar personas con discapacidad para adiestramiento laboral y capacitación para el trabajo. PERSONAS CON ADIESTRAMIENTO LABORAL: Personas con discapacidad que recibieron un curso para adquisición de destrezas en algún trabajo específico, ejemplo: Cortar láminas. PERSONAS CON CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO: Personas con discapacidad que hayan recibido un curso no solo para adquisición de destrezas sino para el conocimiento amplio de un oficio o trabajo, ejemplo: Prepararse para técnico en electrónica. PERSONAS INTEGRADAS AL AUTOEMPLEO: Personas con discapacidad que instalaron un negocio propio, o realizan actividades diversas por su cuenta, ejemplo: Carpintería, plomería, etc. PERSONAS INTEGRADAS AL TRABAJO EN EMPRESAS: Personas con discapacidad que ingresaron a trabajar a una empresa. PERSONAS INTEGRADAS A OTRO TIPO DE TRABAJO: Personas con discapacidad que trabajen para otra persona pero que no pueda catalogarse como autoempleo o trabajo en empresas, ejemplo: Trabajadora doméstica, trabajadora en miscelánea, etc. EMPRESAS VISITADAS PARA LA DIFUSIÓN DEL PROGRAMA: Empresas que fueron visitadas en el periodo de información con el objetivo de sensibilizarlas en la incorporación de personas con discapacidad a sus áreas de trabajo. |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 17 | Integración Recreativa  | Se registrara el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado en actividades recreativas del municipio o en otro municipio.                                 |
| 18 | Integración Cultural  | Se registrara el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado en actividades culturales dentro del municipio o en otro municipio.                           |
| 19 | Integración Deportiva   | Se registrara el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado en actividades para la práctica de deporte adaptado dentro del municipio o en otro municipio. |
| 20 | Donaciones  | Se registrará el número de donaciones de productos o servicios hechos en beneficio de las personas con discapacidad a través del R.B.C. y el DIF municipal.               |
| 21 | Apoyo de Transporte   | Se registrará el número de apoyos de transporte hechos para beneficiar a las personas con discapacidad dentro o fuera del municipio.                                      |
| 22 | Otras actividades   | Se informara de otras actividades que no estén contenidas dentro del formato de informe mensual realizadas por el responsable de este programa durante el mes.            |
| 23 | Nombre y Firma del Responsable del Programa del SMDIF   | El formato de informe mensual deberá llevar el nombre y firma por el responsable del SMDIF.   |
| 24 | Visto Bueno de la Presidenta del SMDIF con Nombre y Firma o en su caso autoridad municipal competente | El formato deberá llevar el nombre y firma por la presidenta del SMDIF o autoridad competente.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Atención a la Discapacidad  
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad



**LISTA DE ASISTENCIA**  
**REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

Lugar: (2) \_\_\_\_\_  
Hora: (3) \_\_\_\_\_

| No. | NOMBRE (4) | MUNICIPIO (5) | FIRMA (6) |
|-----|------------|---------------|-----------|
| 1   |            |               |           |
| 2   |            |               |           |
| 3   |            |               |           |
| 4   |            |               |           |
| 5   |            |               |           |
| 6   |            |               |           |
| 7   |            |               |           |
| 8   |            |               |           |
| 9   |            |               |           |
| 10  |            |               |           |
| 11  |            |               |           |
| 12  |            |               |           |
| 13  |            |               |           |
| 14  |            |               |           |
| 15  |            |               |           |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
LISTA DE ASISTENCIA  
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

| No. | CAMPO     | DESCRIPCIÓN  |
|-----|-----------|--|
| 1   | Fecha     | Se anotara la fecha en la que se realiza la Reunión de Rehabilitación Basada en la Comunidad.  |
| 2   | Lugar     | Se anotara el lugar donde se lleva a cabo la Reunión Mensual de Rehabilitación Basada en la Comunidad.   |
| 3   | Hora      | Se anota la hora en la que da inicio la Reunión Mensual de Rehabilitación Basada en la Comunidad.  |
| 4   | Nombre    | Cada promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad que asista por parte del SMDIF escribirá su nombre en forma subsecuente en cuanto llegue al lugar donde se lleva a cabo la Reunión Mensual.                               |
| 5   | Municipio | Cada promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad que asista por parte del SMDIF anotara el nombre del municipio al que representa en forma subsecuente en cuanto llegue al lugar donde se lleva a cabo la Reunión Mensual. |
| 6   | Firma     | Cada promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad que asista por parte del SMDIF firmara en forma subsecuente en cuanto llegue al lugar donde se lleva a cabo la Reunión Mensual.   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Atención a la Discapacidad  
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad



**CONSTANCIA DE ASISTENCIA  
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_  
Nombre: (2) \_\_\_\_\_

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Fecha: (3)<br>Lugar: D.A.D. | Fecha:<br>Lugar: D.A.D. |
| Fecha:<br>Lugar: D.A.D.     | Fecha:<br>Lugar: D.A.D. |
| Fecha:<br>Lugar: D.A.D.     | Fecha:<br>Lugar: D.A.D. |

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (4)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (5)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**CONSTANCIA DE ASISTENCIA**  
**REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

| No. | CAMPO            | DESCRIPCIÓN   |
|-----|------------------|---|
| 1   | Fecha:           | Se anotara la fecha en la que se realiza la Reunión del Programa Rehabilitación Basada en la Comunidad.   |
| 2   | Línea en blanco: | Sobre la línea se escribirá el nombre de la persona que asistió a la Reunión Mensual del Programa Rehabilitación Basada en la Comunidad.  |
| 3   | Atentamente:     | Corresponderá al Jefe de Rehabilitación Basada en la Comunidad, firmar haciendo constar que la persona arriba nombrada asistió a la reunión mensual.  |
| 4   | Vo. Bo.          | Corresponde al Subdirector de Rehabilitación de Personas con Discapacidad, firmar dando el Vo. Bo. a la constancia extendida a la persona arriba nombrada que asistió a la reunión mensual. |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Atención a la Discapacidad  
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad



**HOJA DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA**  
**REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

Municipio: (1) \_\_\_\_\_ Fecha: (2) \_\_\_\_\_

**Apoyo de Autoridades Municipales: (3)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Platicas: (4)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Visitas Domiciliarias: (5)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Difusión del Programa: (6)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Valoraciones: (7)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Orientaciones: (8)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Referencia: (9)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Detección de Personas con Discapacidad: (10)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Terapias: (11) Física ( ) Ocupacional ( ) Lenguaje ( )**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Altas: (12)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_

**Integración: (13) Laboral ( ) Educativa ( ) Recreativa ( ) Deportiva ( )**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Donaciones: (14)**  
Si ( ) Como? \_\_\_\_\_  
No ( ) Porque? \_\_\_\_\_  
Acción Propuesta: \_\_\_\_\_ Fecha Compromiso: \_\_\_\_\_

**Comentarios o Sugerencias de la Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad: (15)**  
\_\_\_\_\_

**SUPERVISOR DEL PROGRAMA DEL DIFEM**

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SMDIF**

Nombre y Firma (16)

Nombre y Firma (17)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
HOJA DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA  
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD**

| No. | CAMPO                                  | DESCRIPCIÓN   |
|-----|--|---|
| 1   | Municipio                              | Se anotara el nombre del municipio motivo de la supervisión.  |
| 2   | Fecha                                  | Se anotara el día en que se lleva a cabo la supervisión   |
| 3   | Apoyo de Autoridades Municipales       | Se anotara si el responsable de R.B.C. cuenta con el apoyo de las autoridades del DIF municipal para el buen desarrollo de este, en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.   |
| 4   | Platicas                               | Se registrara si se imparten pláticas grupales a la población con el objetivo de informar, sensibilizar y promover una cultura de prevención de la discapacidad, o si se imparten platicas con fines informativos en materia de rehabilitación, o en torno a aspectos de integración social, la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.  |
| 5   | Visitas Domiciliarias                  | Se registrará la situación encontrada a aquellas actividades de campo en que se acuda a la casa de la persona con discapacidad con el objetivo de otorgar atención en cualquiera de las disciplinas que participan en el R.B.C., la manera en que se realiza esta actividad, y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.   |
| 6   | Difusión del Programa                  | Se registrara el número de trípticos, carteles, periódicos murales, rotafolios, etc. que se hayan elaborado durante el mes para difundir las actividades e información que se quiera hacer llegar a la población del municipio en materia de discapacidad.  |
| 7   | Valoraciones                           | Se registrará aquella actividad en que es evaluada una persona con discapacidad con el objeto de determinar la mejor manera de proporcionarle atención especial a su situación personal. (No puede ser considerada consulta de rehabilitación por carecer de los parámetros), la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.   |
| 8   | Orientaciones                          | Se registrarán las actividades llevadas a cabo con el fin de proporcionar a las personas con discapacidad información clara y precisa respecto a la atención que se le proporcionara para atender su situación de discapacidad, la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.   |
| 9   | Referencias                            | Se registrará la situación encontrada en los casos en que una persona con discapacidad sea enviada a una Unidad de Rehabilitación, o a otros servicios o instituciones de salud, educación, trabajo, cultura, recreación o deporte dentro o fuera del Municipio, la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.  |
| 10  | Detección de Personas con Discapacidad | Se registrara si se está llevando a cabo o no la actividad de detectar personas con discapacidad de tipo permanente a través de una cedula de registro, la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.   |
| 11  | Terapias                               | Se registrará el total de pacientes atendidos para recibir terapia de acuerdo a la modalidad de terapia aplicada: física, ocupacional o de lenguaje, en una unidad de rehabilitación dentro del sistema municipal DIF o en otro municipio, así como las terapias que se lleven a cabo en la casa, la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad.   |
| 12  | Altas                                  | Se registrará el número de pacientes que hayan concluido su atención a) Deserción: El paciente dejó de asistir al sistema municipal DIF (en este caso hay que considerar: que antes de registrar el alta se investigue el motivo de la inasistencia), b) Fallecimiento: (El paciente murió.)  |
| 13  | Integración                            | Se registrara el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado a una escuela de educación regular o especial dentro del municipio o en otro municipio, así mismo se registrará la situación encontrada para las siguientes actividades: CENTROS DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO VISITADOS PARA DIFUSIÓN: Centros de Capacitación y/o Adiestramiento visitados con el objetivo de incorporar personas con discapacidad para adiestramiento laboral y capacitación para el trabajo. PERSONAS CON ADIESTRAMIENTO LABORAL: Personas con discapacidad que recibieron un curso para adquisición de destrezas en algún trabajo específico, ejemplo: Cortar láminas. PERSONAS CON CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO: Personas con discapacidad que hayan recibido un curso no solo para adquisición de destrezas sino para el conocimiento amplio de un oficio o trabajo, ejemplo: Prepararse para técnico en electrónica. PERSONAS INTEGRADAS AL AUTOEMPLEO: Personas con discapacidad que instalaron un negocio propio, o realizan actividades diversas por su cuenta, ejemplo: Carpintería, plomería, etc. PERSONAS INTEGRADAS AL TRABAJO EN EMPRESAS: Personas con discapacidad que ingresaron a trabajar a una empresa. PERSONAS INTEGRADAS A OTRO TIPO DE TRABAJO: Personas con discapacidad que trabajen para otra persona pero que no pueda catalogarse como autoempleo o trabajo en empresas, ejemplo: Trabajadora doméstica, trabajadora en miscelánea, etc. EMPRESAS VISITADAS PARA LA DIFUSIÓN DEL PROGRAMA: Empresas que fueron visitadas en el periodo de información con el objetivo de sensibilizarlas en la incorporación de personas con discapacidad a sus áreas de trabajo. Se registrará el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado en actividades para recreación y cultura dentro del municipio o en otro municipio. Se registrara el número de personas con discapacidad que se hayan ingresado en actividades para la práctica de deporte adaptado dentro del municipio o en otro municipio, la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad. |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 14 | <b>Donaciones</b>  | Se registrará el número de donaciones de productos o servicios hechos en beneficio de las personas con discapacidad a través del R.B.C. y el DIF municipal. la manera en que se realiza esta actividad y en caso contrario se propondrá una solución y se establecerá una fecha de compromiso para corregir la irregularidad. |
| 15 | <b>Comentarios o sugerencias de la Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad</b> | El responsable de la Subdirección de Rehabilitación plasmará comentarios o sugerencias a la supervisión llevada a cabo por el responsable del R.B.C. en el sistema municipal DIF de que se trate.   |
| 16 | <b>Nombre y Firma del Supervisor del Programa del DIFEM</b>  | El formato deberá llevar el nombre y estar firmado por el responsable de llevar a cabo la supervisión del R.B.C. por parte del DIFEM  |
| 17 | <b>Nombre y Firma Responsable del Programa del Sistema Municipal DIF</b>                           | El formato deberá llevar el nombre y estar firmado por el responsable del R.B.C. en el DIF Municipal.   |

### 7.5 Derechos de los Usuarios

El promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad tiene derecho a:

- Recibir capacitación inicial intensiva del DIFEM en las fechas establecidas para este fin.
- Recibir los cursos de capacitación y asesoría permanentes, en la ciudad de Toluca en las fechas, horarios e instalaciones que para tal efecto determine DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- Recibir constancia de asistencia a las diferentes capacitaciones por parte del DIFEM a través de la Dirección de Atención a la Discapacidad.
- Recibir asesoría y supervisión directamente en su SMDIF como mínimo una vez al año.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.
- El SMDIF tendrá derecho a cambiar a un promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad como máximo dos ocasiones durante toda la administración municipal mismas en las que el DIFEM se compromete a otorgar capacitación Inicial intensiva.
- El SMDIF no podrá cambiar a un promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad ya capacitado, sin una verdadera razón de peso, durante el último año de su administración municipal.

### 7.6 Obligaciones de los Usuarios

Los SMDIF tienen la obligación de:

- Enviar a los promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad a la capacitación inicial intensiva del DIFEM en las fechas establecidas para este fin.
- Informar al DIFEM específicamente al área de Rehabilitación Basada en la Comunidad, en caso cambiar a un promotor.
- Enviar a los promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad a recibir los cursos de capacitación y asesoría permanentes, en la ciudad de Toluca en las fechas, horario e instalaciones que para tal efecto determine el DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- Reportar mensualmente en coordinación con el promotor municipal a la Dirección de Atención a la Discapacidad del DIFEM las actividades llevadas a cabo en el municipio, dentro de los cinco días hábiles posteriores a la conclusión del mes que se reporta a través del formato "Informe Mensual".

### 7.7 Causas de Incumplimiento

- La no observancia de alguna de las obligaciones a que esta sujeto el usuario.
- Realizar actos de proselitismo a favor de algún candidato o partido político a través de las acciones de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

### 7.8 Sanciones

#### Cancelación

- Cuando se realicen actos de proselitismo a favor de algún candidato o partido político con las actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- Se incumpla con lo señalado en los presentes lineamientos de operación.

### 7.9 Contraprestación del Usuario

Establecer el compromiso de apoyar en todo momento al promotor designado, en la realización de las actividades inherentes a la acción de Rehabilitación Basada en la Comunidad y enviarlo mensualmente a las reuniones de capacitación continua que el DIFEM calendarice.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- a) No se dará capacitación en Rehabilitación Basada en la Comunidad a instituciones públicas, civiles o dependencias gubernamentales para su propio beneficio.
- b) La Rehabilitación Basada en la Comunidad encabezada por un promotor municipal, se establecerá como acción prioritaria para atención de las personas con discapacidad aún en aquellos municipios que cuenten con un Centro de Rehabilitación.
- c) No podrá iniciarse la capacitación del promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad en cuanto no haya un nombramiento firmado por una autoridad competente del SMDIF.
- d) El curso de capacitación inicial será intensivo y obligatorio para los promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad de los diferentes municipios.
- e) El DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad, impartirá los cursos de capacitación inicial intensiva y permanente, en las fechas e instalaciones que para tal efecto determine.
- f) Las capacitaciones que lleve a cabo DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad se realizarán en el municipio de Toluca.
- g) En ningún caso se otorgarán capacitaciones a un usuario en particular.
- h) El SMDIF en coordinación con el promotor designado deberá reportar mensualmente las actividades llevadas a cabo en el municipio, dentro de los cinco días hábiles posteriores a la conclusión del mes que se reporta a través del formato "Informe Mensual".
- i) El DIFEM a través de la Dirección de Atención a la Discapacidad es responsable de concentrar y enviar al Sistema Nacional DIF la información que remitan los SMDIF.
- j) Todos los promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad serán asesorados directamente en su SMDIF como mínimo una vez al año.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia Normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Atención a la Discapacidad es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Rehabilitación Basada en la Comunidad".

### 8.2 Instancia Ejecutora

El DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la Dirección de Atención a la Discapacidad.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

### Corresponde al DIFEM a través del área Rehabilitación Basada en la Comunidad:

- a) Promover en los 125 SMDIF las acciones de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- b) Solicitar a los SMDIF vía oficio, envíen a una persona del municipio (con nombramiento firmado por la presidenta del SMDIF), que tenga afinidad por el trabajo en campo para recibir la capacitación necesaria para desarrollar las actividades inherentes a Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- c) Aceptar o rechazar al personal propuesto por los SMDIF para asistir al curso de capacitación para promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- d) Organizar e Impartir el curso de capacitación inicial a los promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad de los diferentes SMDIF.
- e) Llevar a cabo reuniones mensuales para capacitación continua para los promotores de Rehabilitación Basada en la Comunidad de los diferentes SMDIF.
- f) Recabar, procesar y enviar al Sistema Nacional DIF en tiempo y forma, la información generada por los SMDIF que atiendan a las personas con discapacidad permanente de sus municipios a través de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

### Corresponde a los SMDIF:

- a) Seleccionar y enviar con nombramiento por escrito para visto bueno de la Dirección de Atención a la Discapacidad del DIFEM a la persona que desempeñará las funciones de promotor de Rehabilitación Basada en la Comunidad en el municipio.
- b) Enviar a la persona que trabajará la Rehabilitación Basada en la Comunidad al curso de capacitación inicial que el DIFEM organiza e imparte para capacitar a este personal.
- c) Enviar a las reuniones mensuales de capacitación de Rehabilitación Basada en la Comunidad al promotor responsable del municipio.

- d) Entregar en tiempo, forma y lugar al DIFEM los informes mensuales de actividades llevadas a cabo a través de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- e) Atender de manera integral a las personas con discapacidad permanente de las comunidades de su municipio mediante Rehabilitación Basada en la Comunidad.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Atención a la Discapacidad y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM a través del área de Rehabilitación Basada en la Comunidad tendrá disponible un Directorio con los nombres de los municipios participantes en esta acción, así como el nombre del promotor responsable.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**LIC. FLORENCIA ZEIVY ROJAS**  
DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".



**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Rehabilitación Basada en la Comunidad publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 31 de enero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

## **LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ENTREGA DE AYUDAS EXTRAORDINARIAS**

### **1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Entrega de ayudas extraordinarias tales como juguetes, dulces, cobijas, colchonetas, láminas, pintura, impermeabilizante, tinacos y despensas, preferentemente a los Sistemas Municipales DIF del Estado de México y a instituciones públicas o privadas de la entidad con fines no lucrativos.

### **2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Peticionario:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México, Instituciones públicas o privadas con fines no lucrativos que solicitan el apoyo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Apoyar las actividades de asistencia social que llevan a cabo los SMDIF, instituciones públicas o privadas de la entidad que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del Estado de México mediante la entrega de ayudas extraordinarias.

#### **3.2 Objetivo específico**

Contribuir con los SMDIF e instituciones públicas o privadas de la entidad en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población mediante la entrega de ayudas extraordinarias.

### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Los 125 SMDIF preferentemente, instituciones públicas o privadas con fines no lucrativos de la entidad que soliciten el servicio para su entrega a la población del Estado de México.

### **5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México.

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

Entrega de ayudas extraordinarias tales como juguetes, dulces, cobijas, colchonetas, láminas, pintura, impermeabilizante, tinacos y despensas, preferentemente a los SMDIF e instituciones públicas o privadas no lucrativas.

#### **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

## **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

### **7.1 Permanencia**

No aplica

### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Solicitud del servicio por escrito y firmada por el peticionario, dirigida al Titular del DIFEM, que incluya el tipo de ayuda extraordinaria solicitada.
- b) La Dirección de Enlace y Vinculación Regional autorizará la entrega de ayudas extraordinarias con el visto bueno de la Dirección General del DIFEM y de acuerdo a las existencias en almacén.
- c) Agradecimiento por escrito y firmado por el peticionario dirigido al Titular del DIFEM, que incluya el tipo y cantidad de ayuda extraordinaria recibida.
- d) Firma de recibido de la ayuda extraordinaria por parte del peticionario.
- e) Identificación oficial (credencial para votar con fotografía, cartilla del servicio militar, pasaporte).
- f) En caso de que el peticionario no pueda recoger la ayuda extraordinaria, deberá designar un representante mediante Oficio de Comisión o Carta Poder, que lo faculte para recibir la ayuda extraordinaria, quien a su vez deberá presentar una identificación oficial (credencial para votar con fotografía, cartilla del servicio militar, pasaporte).

### **7.3 Criterios de priorización**

- a) Solicitudes presentadas por los SMDIF.
- b) Solicitudes presentadas por instituciones públicas o privadas con fines no lucrativos.
- c) Las demás que determinen los titulares de la Presidencia, Dirección General del DIFEM y/o la Dirección de Enlace y Vinculación Regional.

### **7.4 Formatos**

No aplica

### **7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir el servicio siempre y cuando haya sido autorizada.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### **7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Cumplir con los requisitos establecidos y en caso de que su solicitud resulte procedente deberá retirar del Almacén del DIFEM correspondiente, las ayudas extraordinarias otorgadas en un plazo de tres días hábiles posteriores al aviso de entrega.
- b) Hacer buen uso de las ayudas extraordinarias otorgadas, las cuales no podrá en ningún caso intercambiar o vender.

### **7.7 Causas de incumplimiento**

- a) No cumplir con los requisitos establecidos en los presentes Lineamientos de Operación.
- b) No retirar de los almacenes del DIFEM las ayudas extraordinarias en el plazo establecido.

### **7.8 Sanciones**

- a) El servicio podrá retenerse y en su caso cancelarse cuando se determine el mal uso de las ayudas extraordinarias otorgadas.
- b) El peticionario que no acuda a retirar de los almacenes del DIFEM las ayudas extraordinarias otorgadas en un plazo de tres días hábiles posteriores al aviso de entrega, será dado de baja y el servicio podrá ser otorgado a otro peticionario.
- c) Se retendrá o cancelará el servicio cuando las condiciones que generaron la solicitud no justifiquen la autorización del apoyo solicitado.

### **7.9 Contraprestación del usuario**

- a) Retirar del almacén correspondiente las ayudas extraordinarias otorgadas en el plazo establecido.
- b) Hacer buen uso de las ayudas extraordinarias otorgadas.

### **7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) Los peticionarios presentarán solicitud de ayuda extraordinaria por escrito y firmada al DIFEM.

- b) La Dirección de Enlace y Vinculación Regional autorizará la entrega de ayudas extraordinarias con el visto bueno de la Dirección General del DIFEM.
- c) Los peticionarios tendrán la responsabilidad de cubrir los requisitos solicitados por el DIFEM.
- d) El otorgamiento del servicio dependerá de la disponibilidad presupuestal con que cuente la Dirección de Enlace y Vinculación Regional del DIFEM.
- e) En caso de que la entrega de ayudas extraordinarias se presente en giras o en audiencias de la Presidenta o del titular de la Dirección General del DIFEM o de la Dirección de Enlace y Vinculación Regional, el único requisito será la firma de recibido del peticionario.
- f) Será responsabilidad de los peticionarios retirar las ayudas otorgadas del almacén correspondiente del DIFEM en un plazo no mayor a tres días hábiles a partir de que les sea notificado.
- g) La persona que firma la solicitud deberá presentarse en el almacén correspondiente del DIFEM con identificación oficial. En caso de que no pueda hacerlo personalmente, deberá designar un representante mediante oficio de comisión o carta poder que lo faculte para recibir las ayudas solicitadas, quien a su vez deberá presentar una identificación oficial.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Enlace y Vinculación Regional es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Entrega de Ayudas Extraordinarias".

### **8.2 Instancia ejecutora**

El DIFEM a través de la Dirección de Enlace y Vinculación Regional.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Las instancias participantes preverán los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que sus acciones no se contrapongan o afecten con otros programas de desarrollo social o acciones de gobierno.

## **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Enlace y Vinculación Regional y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

La Dirección de Enlace y Vinculación Regional a través de las Subdirecciones Operativas del Valle de Toluca y del Valle Cuautitlán Texcoco y con el apoyo de los Coordinadores Regionales darán seguimiento a la recepción de las ayudas extraordinarias autorizadas.

## **14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

La Dirección de Enlace y Vinculación Regional a través de los Coordinadores Regionales realizará el control y vigilancia de la entrega de ayudas extraordinarias.

## **15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. NORMA GUADALUPE RIOS VELÁZQUEZ**  
DIRECTORA DE ENLACE Y VINCULACIÓN REGIONAL  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Entrega de Ayudas Extraordinarias publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 31 de enero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ADOPCIONES****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Otorgar en adopción a los menores albergados con situación jurídica resulta, a solicitantes que resulten idóneos mediante la aplicación de valoraciones médica, psicológica y de trabajo social, atendiendo al interés superior del menor.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Asesorar, valorar y determinar la idoneidad de los solicitantes mediante la valoración psicológica, médica, socioeconómica y de trabajo social con la finalidad de llevar a cabo el procedimiento judicial no contencioso de adopción.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Brindar asesoría y proporcionar la información del trámite administrativo y judicial de adopción a los solicitantes.
- Determinar la idoneidad de los solicitantes a través de valoraciones en las áreas de trabajo social, psicológica y médica.
- Establecer la filiación legítima mediante el procedimiento judicial no contencioso de adopción.

### **4. POBLACION OBJETIVO**

Mexicanos que deseen adoptar a niñas niños y adolescentes del Estado de México y que cumplan con los requisitos establecidos en el Código Civil del Estado de México vigente, así como extranjeros que deseen adoptar en el Estado de México y que su país haya firmado y ratificado la "Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional".

### **5. COBERTURA**

La acción opera en los 125 municipios del Estado de México.

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

El servicio consiste en asesoría y valoración para determinar la idoneidad de los adoptantes y patrocinio judicial del procedimiento no contencioso de adopción.

#### **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

#### **7.1 Permanencia**

Permanecerán en el servicio los solicitantes que hayan resultado viables en las valoraciones médica, psicológica y de trabajo social realizadas por el DIFEM.

No habrá permanencia de usuarios en el servicio, cuando éstos lo requieran deberán cumplir nuevamente con los requisitos establecidos.

#### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

Los solicitantes deberán cubrir los siguientes requisitos:

- a) Solicitud verbal
- b) Cumplir con lo dispuesto por los artículos 4.178 y 4.179 del Código Civil del Estado de México vigente.
- c) Para extranjeros, que su país de residencia haya firmado y ratificado la "Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional".

#### **7.3 Criterios de priorización**

Se dará prioridad en el servicio a los solicitantes de nacionalidad mexicana residentes en el Estado de México.

#### **7.4 Formatos**

No aplica

#### **7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Conducirse con veracidad en los datos que proporcione al momento de su atención.
- b) Dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 4.185 del Código Civil del Estado de México, vigente.
- c) Asistir en tiempo y forma a las citas a que sea programado.

**7.7 Causas de incumplimiento**

- a) Falta de interés del solicitante(s).
- b) No asistir en tiempo y forma a las citas a las que se le haya programado.

**7.8 Sanciones**

- a) El servicio se cancelará cuando el solicitante(s) proporcione datos falsos para acceder al servicio.
- b) Cuando el solicitante(s) no muestre interés en la realización de todo el proceso se le cancelará el servicio.
- c) A petición del solicitante(s) podrá cancelarse el servicio.
- d) Cuando el solicitante(s) no resulte viable y se emita alguna recomendación, se retendrá el servicio.

**7.9 Contraprestación del usuario**

Establecer el compromiso de dar cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 4.185 del Código Civil del Estado de México vigente.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) Las personas que tengan interés en adoptar a un menor deberán acudir en las fechas que el DIFEM establezca, al Departamento de Resolución Jurídica de Menores y Adopción para la realización de una prevaloración.
- b) Con base en el resultado de la prevaloración serán canalizados a valoración para determinar si son candidatos viables a adopción.
- c) Los candidatos viables a adopción deberán proporcionar la información solicitada por el DIFEM a través de la solicitud de adopción, tendrán 5 días hábiles posteriores a la fecha de su recepción para ingresarla al Departamento de Resolución Jurídica de Menores y Adopción del DIFEM.
- d) El Departamento de Valoraciones y Estudios Biopsicosociales para Adopción y Apoyo a la Familia del DIFEM informará mediante oficio a los candidatos que no resulten viables.
- e) A los candidatos que hayan entregado en tiempo y forma la solicitud de adopción se les asignará fecha y horario para la realización de valoraciones psicológica, médica y de trabajo social, así como la impartición de un taller de inducción.
- f) El Departamento de Valoraciones y Estudios Biopsicosociales para Adopción y Apoyo a la Familia del DIFEM con base en la calificación, interpretación y análisis de las pruebas de valoración, determinará si los candidatos son idóneos para continuar con el proceso de adopción, extendiendo un Certificado de Idoneidad.
- g) Los candidatos que hayan resultado idóneos serán registrados en el Libro de Adopción y se abrirá un expediente que será sometido a la Junta Multidisciplinaria del DIFEM.
- h) La Junta Multidisciplinaria del DIFEM en su modalidad de adopciones, asignará al menor albergado viable de adopción.
- i) El Director de Servicios Jurídicos Asistenciales del DIFEM informará a los candidatos idóneos la fecha y hora en la que deberán presentarse al Albergue del DIFEM correspondiente para llevar a cabo la presentación con el menor asignado.
- j) De resultar positiva la presentación se autorizará la convivencia de los solicitantes con el menor a través del "Acta de Entrega, Guarda y Cuidado Provisional" elaborada por el responsable del Albergue correspondiente y estipulando en ésta la programación de fechas en que deberá de asistir el adoptante con el menor o menores propuestos, a recibir atención psicológica mensual durante el período de guarda y cuidados provisional al albergue correspondiente. El Área de Psicología determinará el caso que lo requiera y el número de visitas necesarias.

Nota: En cualquier etapa del procedimiento se puede dar la no adaptabilidad.

- k) En caso de que el o los solicitantes no acepten la propuesta del menor, el caso se someterá a consideración de la Junta Multidisciplinaria del DIFEM quien determinará si continúan en lista de espera.
- l) De resultar viable la convivencia del menor dentro del núcleo familiar, el DIFEM a través del Departamento de Resolución Jurídica de Menores y Adopción dará inicio al Procedimiento Judicial No Contencioso de Adopción.
- m) Una vez que causa ejecutoria la sentencia de la adopción plena, el DIFEM procederá al registro del menor en la oficialía del Registro Civil como hijo legítimo.
- n) Los adoptantes tendrán la obligación de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 4.185 del Código Civil del Estado de México vigente.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia Normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Adopciones".

### 8.2 Instancia Ejecutora

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales del DIFEM a través de la Subdirección Jurídica de Menores Albergados.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Las instancias participantes preverán los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que sus acciones no se contrapongan, afecten o se dupliquen con otros programas de desarrollo social o acciones de gobierno.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios. Los datos proporcionados por los solicitantes serán tratados con carácter confidencial.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación DIFEM, serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
ASISTENCIALES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Adopciones, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
SERVICIO ASISTENCIAL DE ALBERGUES**

**1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Proporcionar albergue y atención integral a niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de maltrato, abandono, extravío u orfandad.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM.-** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF.-** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**C.R.E.E.-** Al Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca.

**Junta Multidisciplinaria.-** A la Junta Multidisciplinaria del DIFEM en sus modalidades de casos o adopciones.

**A.T.I.-** Al Albergue Temporal Infantil del DIFEM.

**A.T.R.I.-** Al Albergue Temporal de Rehabilitación Infantil del DIFEM.

**V.H.-** Al Albergue Villa Hogar del DIFEM.

**V.J.-** Al Albergue Villa Juvenil del DIFEM.

**3. OBJETIVOS****3.1. Objetivo General**

Proporcionar albergue y atención integral a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad, así como aquellos canalizados por el C.R.E.E. que requieran de tratamiento de rehabilitación y/o educación especial.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Brindar a través del A.T.I. atención integral y protección a niñas niños y adolescentes en situación de maltrato, abandono, extravío u orfandad, hasta el momento en que se defina su situación jurídica y social; así como a aquellos que se encuentren en situación de migración nacional e internacional.
- Otorgar servicios asistenciales a niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de maltrato, abandono, extravío u orfandad, así como los elementos básicos y esenciales que favorezcan su desarrollo integral hasta la mayoría de edad, con la finalidad de que se reintegren de manera productiva a la sociedad.
- Brindar albergue temporal a niñas, niños y adolescentes canalizados por el C.R.E.E. con padecimientos de invalidez física o mental, que requieran tratamiento diario rehabilitación y/o educación especial cuyas familias sean de escasos recursos económicos.



#### 4. POBLACION OBJETIVO

Niñas, niños y adolescentes de cero a 16 años en situación de maltrato, abandono, extravío u orfandad, habitantes del Estado de México.

#### 5. COBERTURA

El servicio asistencial de albergues opera en los municipios de Toluca y Zinacantepec.

#### 6. SERVICIO

##### 6.1 Tipo de Servicio

En el Municipio Toluca:

**A.T.I.-** Atiende a niñas, niños y adolescentes en situación de maltrato, abandono, extravío u orfandad hasta el momento en que se defina su situación jurídica y social, teniendo una permanencia máxima de ciento ochenta días naturales.

**A.T.R.I.-** Atiende a niñas, niños y adolescentes con padecimientos de invalidez física o mental que requieran rehabilitación y hayan sido canalizados por el C.R.E.E., y hasta por tres años a aquellos que requieran educación especial.

**V. H.-** Atiende a niñas, niños y adolescentes en situación de maltrato, abandono, extravío u orfandad hasta su reincorporación productiva a la sociedad.

En el Municipio Zinacantepec:

**V. J.-** Atiende a niños y adolescentes hasta la mayoría de edad, en caso de que se encuentren estudiando y mantengan un buen comportamiento dentro del Albergue se podrá extender su permanencia.

##### 6.2 Monto del Servicio

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

#### 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

##### 7.1 Permanencia

Se otorgará la atención integral a niñas, niños y adolescentes de 0 a 16 años hasta el momento en que se defina su situación jurídica y/o social.

##### 7.2 Requisitos y criterios de selección

Ingreso al ATl:

- a) Copia certificada de la Carpeta de Investigación y/o Acta de Averiguación Previa, legible y completa.
- b) Certificado Médico Legista.
- c) Ser originario del Estado de México.
- d) Niñas, niños y adolescentes de cero hasta los 15 años 11 meses de edad.
- e) Que su estado de salud no comprometa su vida ni ponga en riesgo a la población.
- f) No presentar discapacidad física, ni trastorno psiquiátrico y/o neurológico.
- g) Oficio de canalización firmado por el Agente del Ministerio Público y/o oficio de canalización del SMDIF.
- h) Acta de nacimiento certificada o copia simple, en su caso certificado de no registro.
- i) Acta de entrega voluntaria por parte de la madre (en caso que se requiera).

Además de los requisitos anteriores los SMDIF que canalicen a un menor a los Albergues del DIFEM deberán presentar en original:

- j) Reporte del área médica.
- k) Reporte del área de psicología.
- l) Reporte de trabajo social.
- m) Constancia de no registro de todas las oficialías del Registro Civil que se encuentren en la jurisdicción del municipio que canaliza al menor o en su caso constancia de alumbramiento.
- n) La demás documentación que se relacione con el menor.

Ingreso al ATRI:

- o) Ser canalizado por el C.R.E.E. previa valoración.
- p) Tener entre 3 y 14 años de edad.
- q) Asistir con un familiar que se haga cargo del menor.
- r) Tener alguna discapacidad física y/o mental leve o moderada.
- s) Constatar que su lugar de residencia se encuentra fuera del municipio de Toluca.
- t) No contar con recursos económicos para el traslado del menor al C.R.E.E., previo estudio de trabajo social.

### 7.3 Criterios de Priorización

No aplica

### 7.4 Formatos

No aplica

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.
- c) Todos aquellos derechos inherentes a la atención integral proporcionada a niñas, niños y adolescentes descritos en la Convención sobre los Derechos del Niño, Tratados Internacionales y Legislación Federal, Estatal y Municipal.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Cumplir con los requisitos establecidos en los presentes Lineamientos de Operación.
- b) Proporcionar con veracidad los datos solicitados para recibir el servicio.

### 7.7 Causas de incumplimiento

La falta de cualquiera de los requisitos establecidos en los presentes Lineamientos de Operación.

### 7.8. Sanciones

- a) Cuando el menor no se encuentre dentro de los supuestos establecidos en los art. 16, 18, 19 y 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el servicio será cancelado.
- b) Cuando se detecte que se proporcionó información falsa para recibir el servicio.
- c) Cuando se defina la situación jurídica y social del menor será dado de baja del servicio.

### 7.9. Contraprestación del usuario

No aplica

### 7.10. Procedimiento para la entrega del servicio

- a) El ATI será el único acreditado para recibir a niñas, niños y adolescentes canalizados por los SMDIF que no cuenten con albergue temporal infantil o Agencias del Ministerio Público.
- b) Al ingreso de las niñas, niños y adolescentes a los Albergues del DIFEM se integrará un expediente con los siguientes documentos:
  - Tarjeta de ingreso con fotografía del menor.
  - Copia certificada de averiguación previa o carpeta de investigación, legible y completa.
  - Reporte médico.
  - Reporte de trabajo social.
  - Reporte psicológico.
  - Acta de nacimiento o constancia de no registro.
- c) Se integrará por cada menor un expediente médico, psicológico y de trabajo social con los estudios y valoraciones realizados y se mantendrá debidamente actualizado.

### Durante la permanencia de las niñas, niños y adolescentes:

- d) Se proporcionará a las niñas, niños y adolescentes albergados, atención integral alimentación, vestido, atención psicológica y médica.
- e) La impartición de educación se realizará a través del Centro Educativo Montessori y la Escuela Primaria Niños Héroes ambas pertenecientes a la Secretaría de Educación del Estado de México.

- f) Se atenderá a niñas, niños y adolescentes con discapacidad física, mental leve o moderada, canalizados por los SMDIF para su tratamiento en el CREE ingresándolos al ATRI.
- g) Los SMDIF coadyuvarán con el DIFEM para realizar las investigaciones de trabajo social y la obtención de documentos que permitan agilizar la resolución de la situación del menor canalizado.
- h) Cuando la Junta Multidisciplinaria en la modalidad de casos decida el ingreso de niñas, niños y adolescentes al ATRI, personal de éste albergue los trasladará al CREE para recibir tratamiento, terapia física, ocupacional, de lenguaje o educación especial según lo requieran.
- i) La Junta Multidisciplinaria en la modalidad de casos se encargará de revisar, analizar, discutir y dictaminar sobre la situación socio jurídica de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo guardia y cuidado, procurando siempre su bienestar e interés superior.
- j) La Junta Multidisciplinaria en su modalidad de adopciones propondrá a las niñas, niños y adolescentes con situación jurídica resuelta para adopción.

#### **Al Egreso de las niñas, niños y adolescentes:**

- k) Los albergues del DIFEM informarán mediante oficio el egreso voluntario, canalización, reintegración, adopción y defunción de niñas, niños y adolescentes albergados, al área jurídica dependiente de la Subdirección Jurídica de Menores Albergados, para que a su vez esta informe lo conducente por escrito a las Agencias del Ministerio Público que hayan remitido a menores a los albergues.

### **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

#### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Servicio Asistencial de Albergues".

#### **8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales a través de la Subdirección de Albergues.

### **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

No aplica

### **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica

### **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta de Gobierno".

### **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios. Los datos de los menores albergados en el DIFEM tendrán carácter de confidencial.

### **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

### **14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### **15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
 DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
 ASISTENCIALES  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Servicio Asistencial de Albergues publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
 DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
 INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 (RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL SERVICIOS  
 BIBLIOTECARIOS DEL DIFEM**

**I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Préstamo interno del acervo bibliográfico, videográfico y lúdico en las bibliotecas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México a la población en general, así como cursos y talleres de computación, literarios y visitas guiadas.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**Usuarios:** A las personas que acuden a solicitar alguno de los diferentes servicios del área.

**Acervo Bibliográfico:** Al conjunto de libros con valor cultural disponibles para su consulta.

**Acervo Lúdico:** Al conjunto de juegos y materiales didácticos disponibles para el uso de los usuarios.

**Acervo Videográfico:** Al conjunto de videos educativos y recreativos para exhibir al usuario.

**Área de Cómputo:** Al lugar que cuenta con equipos de cómputo en donde se ofrece el servicio de uso y se imparten cursos.

**Curso:** A la actividad cultural, educativa y recreativa con duración de 2 meses bajo la directriz de un instructor.

**Taller:** A la actividad cultural, educativa y recreativa dirigida por un instructor con 1 mes de duración.

### **3.-OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Fomentar el hábito de la lectura por placer, a través de actividades culturales, educativas y recreativas que permitan a la población un mayor acceso a la cultura.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Brindar una gama de servicios que cubran las expectativas de los usuarios con la finalidad de promover el gusto por la lectura.
- Mejorar la calidad en los servicios y actividades que las Bibliotecas del DIFEM ofrecen a la población en general, integrando en los mismos a las personas con discapacidad.
- Contribuir con el acceso a la cultura a través del fomento de la lectura por placer.

### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Habitantes del Estado de México

### **5. COBERTURA**

El servicio se otorgará en las Bibliotecas del DIFEM ubicadas en los municipios de Toluca, Naucalpan y Valle de Chalco Solidaridad.

### **6. SERVICIO**

#### **6.1 Tipo de servicio**

- Actividades educativas, recreativas y culturales.
- Cursos y talleres de computación.
- Cursos y Talleres Literarios.
- Asesoría y orientación en salas de lectura.
- Visitas guiadas para instituciones educativas públicas, privadas y para el público en general.

#### **6.2 Monto del Servicio**

El servicio que se brinda a través de acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México a través del DIFEM.

### **7.- MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

#### **7.1 Permanencia**

Permanecerán en el servicio los usuarios que cumplan con los requisitos establecidos en el apartado siguiente y den cabal observancia a los lineamientos de la Biblioteca.

#### **7.2 Requisitos y Criterios de Selección**

Público en general:

- a) Acudir a las Bibliotecas del DIFEM a solicitar el servicio.
- b) Proporcionar la información requerida en los formatos correspondientes.

Para cursos y talleres de computación:

- c) Inscribirse al curso o taller.
- d) Presentar copia fotostática de acta de nacimiento.
- e) Presentar copia fotostática de Identificación oficial (en su caso).

#### **7.3 Criterios de priorización**

No aplica

#### **7.4 Formatos**

- Registro de Usuarios
- Control de usuarios por día

- Control mensual de usuarios en el área de computación
- Control mensual de usuarios en el área ludoteca
- Control mensual de usuarios en el área de videoteca
- Control de visita guiada
- Vale de ajedrez gigante



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos  
Departamento de Servicios Bibliotecarios



**BIBLIOTECA INFANTIL Y JUVENIL DEL DIFEM**  
REGISTRO DE USUARIOS

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

| No. | Hora de Entrada: (2) | Nombre: (3)<br>Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s) | Domicilio: (4)<br>Calle, No. y Colonia | Teléfono: (5) | Municipio: (6) | Área que visita: (7) | N (8) | J (9) | A (10) |
|-----|----------------------|---|--|---------------|----------------|----------------------|-------|-------|--------|
| 1   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 2   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 3   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 4   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 5   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 6   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 7   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 8   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 9   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 10  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 11  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 12  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 13  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 14  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 15  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 16  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 17  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 18  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 19  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 20  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |

FO201B16402/248/2013



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos  
Departamento de Servicios Bibliotecarios



**BIBLIOTECA "SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ" DEL DIFEM**  
REGISTRO DE USUARIOS

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

| No. | Hora de Entrada: (2) | Nombre: (3)<br>Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s) | Domicilio: (4)<br>Calle, No. y colonia | Teléfono: (5) | Municipio: (6) | Área que visita: (7) | N (8) | J (9) | A (10) |
|-----|----------------------|---|--|---------------|----------------|----------------------|-------|-------|--------|
| 1   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 2   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 3   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 4   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 5   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 6   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 7   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 8   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 9   |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 10  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 11  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 12  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 13  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 14  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 15  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 16  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 17  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 18  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 19  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |
| 20  |                      |   |  |               |                |                      |       |       |        |

FO201B16402/249/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**REGISTRO DE USUARIOS**

| No. | CAMPO            | DESCRIPCION  |
|-----|------------------|--|
| 1   | Fecha            | Se anotara el día, mes y año en que se elabora el formato.                                   |
| 2   | Hora             | Anotar la hora de entrada a la biblioteca.   |
| 3   | Nombre           | Anotar el nombre completo del usuario, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 4   | Domicilio        | Anotar la dirección del usuario, empezando por calle, número y colonia.                      |
| 5   | Teléfono         | Anotar el número telefónico con lada donde pueda ser localizado el usuario.                  |
| 6   | Municipio        | Anotar el municipio de donde vive el usuario.  |
| 7   | Área que visitas | Anotar el área de la que hará uso dentro de la biblioteca el usuario.                        |
| 8   | N                | Registrar en el rubro que le corresponda de niños, que ingresan a la biblioteca.             |
| 9   | J                | Registrar en el rubro que le corresponda de jóvenes que ingresan a la biblioteca.            |
| 10  | A                | Registrar en el rubro que le corresponda de adultos que ingresan a la biblioteca.            |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos  
Carretera a Cuernavaca #10000-0000



**BIBLIOTECA INFANTIL Y JUVENIL DEL DIFEM**  
**CONTROL DE USUARIOS POR DÍA**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

| Usuarios | Horario de 10:00 a 11:00 HRS.: (2) | Total: (3) | Total: (4) |
|----------|------------------------------------|------------|------------|
| Niños    |                                    |            |            |
| Jóvenes  |                                    |            |            |
| Adultos  |                                    |            |            |

| Usuarios | Horario de 11:00 a 12:00 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

| Usuarios | Horario de 12:00 a 13:00 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

| Usuarios | Horario de 13:00 a 14:00 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

| Usuarios | Horario de 14:00 a 15:00 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

| Usuarios | Horario de 15:00 a 16:00 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

| Usuarios | Horario de 17:00 a 18:00 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

| Usuarios | Horario de 18:00 a 18:30 HRS. | Total: | Total: |
|----------|-------------------------------|--------|--------|
| Niños    |                               |        |        |
| Jóvenes  |                               |        |        |
| Adultos  |                               |        |        |

Gran total: (5) \_\_\_\_\_

VIGILANTE EN TURNO

Nombre y firma (6) \_\_\_\_\_









**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**BIBLIOTECA INFANTIL Y JUVENIL DEL DIFEM**  
**CONTROL MENSUAL DE USUARIOS EN EL ÁREA DE VIDEOTECA**

| No. | CAMPO           | DESCRIPCION  |
|-----|-----------------|--|
| 1   | Mes             | Anotar el mes correspondiente.   |
| 2   | Año             | Anotar el año en curso.  |
| 3   | Fecha           | Anotar día, mes y año en que se elaboró el formato.  |
| 4   | Entrada         | Anotar la hora en que ingresa el usuario.  |
| 5   | Título de video | Anotar el título de la proyección.   |
| 6   | Niños           | Anotar la cantidad de niños usuarios que ingresen a la videoteca.                          |
| 7   | Jóvenes         | Anotar la cantidad de jóvenes usuarios que ingresen a la videoteca.                        |
| 8   | Adultos         | Anotar la cantidad de adultos usuarios que ingresen a la videoteca.                        |
| 9   | Total           | Anotar el total de números de usuarios atendidos.  |
| 10  | N               | Desglosar la cantidad de niños que ingresaron.   |
| 11  | J               | Desglosar la cantidad de jóvenes que ingresaron.   |
| 12  | A               | Desglosar la cantidad de adultos que ingresaron.   |
| 13  | Encargado       | Escribir el nombre completo y firma del supervisor encargado del área de videoteca.        |
| 14  | Revisó          | Escribir el nombre completo y firma del jefe del departamento de servicios bibliotecarios. |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos  
Departamento de Servicios Bibliotecarios



**BIBLIOTECA INFANTIL Y JUVENIL DEL DIFEM**  
**CONTROL DE VISITA GUIADA**

Jefe del Departamento de Servicios Bibliotecarios: (1) \_\_\_\_\_

Solicitó el servicio de: (2) \_\_\_\_\_

A nuestra Institución: (3) \_\_\_\_\_

El día: (4) \_\_\_\_\_ en un horario de: (5) \_\_\_\_\_

Con un grupo de: (6) \_\_\_\_\_ ( ) Niños ( ) Jóvenes ( ) Adultos: (7)

de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ años de edad: (8)

Siendo el responsable: (9) \_\_\_\_\_

Dirección de la Institución: (10) \_\_\_\_\_

Teléfono de la Institución: (11) \_\_\_\_\_

Sin más por el momento y en espera de una respuesta favorable, quedo de usted.

**ATENTAMENTE**

**SOLICITANTE**

**FECHA**

**SELLO**

Nombre y firma (12)

Día, mes y año (13)

Institución (14)

FO201B16402/246/2013



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos  
Departamento de Servicios Bibliotecarios



**BIBLIOTECA “SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ” DEL DIFEM**  
CONTROL DE VISITA GUIADA

Jefe del Departamento de Servicios Bibliotecarios: (1) \_\_\_\_\_

Solicito el servicio de: (2) \_\_\_\_\_

A nuestra Institución: (3) \_\_\_\_\_

El día: (4) \_\_\_\_\_ en un horario de: (5) \_\_\_\_\_

Con un grupo de: (6) \_\_\_\_\_ ( ) Niños ( ) Jóvenes ( ) Adultos (7)

de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ años de edad (8)

Siendo el responsable: (9) \_\_\_\_\_

Dirección de la Institución: (10) \_\_\_\_\_

Teléfono de la Institución: (11) \_\_\_\_\_

Sin más por el momento y en espera de una respuesta favorable, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**

**SOLICITANTE**

**FECHA**

**SELLO**

Nombre y firma (12)

Día, mes y año (13)

Institución (14)

FO201B16402/247/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**CONTROL DE VISITA GUIADA**

| No. | CAMPO                       | DESCRIPCIÓN  |
|-----|-----------------------------|--|
| 1   | Jefe de departamento        | Anotar el nombre completo del jefe del departamento de servicios bibliotecarios. |
| 2   | Servicio                    | Anotar el servicio solicitado para el apoyo que se requiere.                     |
| 3   | Institución                 | Anotar el nombre de la escuela o institución que corresponda.                    |
| 4   | Día                         | Anotar el día en que se le dio la atención del servicio.                         |
| 5   | Horario                     | Anotar la hora de recepción del grupo.   |
| 6   | Cantidad del Grupo          | Anotar la cantidad de usuarios que asisten al servicio.                          |
| 7   | Niños, jóvenes y adultos    | Marca el rubro de niños, jóvenes o adultos que se les brinda el servicio.        |
| 8   | Edad                        | Anotar los parámetros de edad de los niños, jóvenes y adultos.                   |
| 9   | Responsable                 | Escribir el nombre completo del responsable del grupo.                           |
| 10  | Dirección de la Institución | Escribe la dirección de la escuela o institución.                                |
| 11  | Teléfono                    | Escribe el teléfono con lada de la escuela o institución.                        |
| 12  | Solicitante                 | Anotar el nombre completo y firma del solicitante.                               |
| 13  | Fecha                       | Anotar el día mes y año en que se elabora el formato.                            |
| 14  | Sello                       | Colocar el sello de la escuela o institución solicitante.                        |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
 Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
 Subdirección de Administración de Centros Educativos  
 Departamento de Servicios Bibliotecarios



## BIBLIOTECA INFANTIL Y JUVENIL DEL DIFEM

### VALE DE AJEDREZ GIGANTE

Nombre: (1) \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)

Dirección: (2) \_\_\_\_\_  
 Calle, No. y colonia

Municipio: (3) \_\_\_\_\_ Teléfono: (4) \_\_\_\_\_

Fecha: (5) \_\_\_\_\_  
 Día, mes y año

Entrego a usted, la cantidad de 32 piezas de un ajedrez gigante en buen estado, en calidad de préstamo.

**Nota importante:** Si en el momento de su devolución alguna de las piezas se encontrara dañada, se cobrará la cantidad de \$ 100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) para la reparación, por cada una.

FIRMA DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (6)

ENTREGÓ

RECIBIÓ

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (7)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (8)

FO201B16402/245/2013

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### BIBLIOTECA INFANTIL Y JUVENIL DEL DIFEM VALE DE AJEDREZ GIGANTE

| No. | CAMPO                | DESCRIPCION  |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Nombre               | Anotar el nombre completo del usuario, iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 2   | Dirección            | Anotar la calle, el número y la colonia a la que pertenece el usuario.                       |
| 3   | Municipio            | Anotar el lugar de origen de donde proviene el usuario.                                      |
| 4   | Teléfono             | Anotar el número telefónico con clave lada donde se pueda localizar al usuario.              |
| 5   | Fecha                | Anotar el día, mes y año cuando se elaboró el formato.                                       |
| 6   | Firma de conformidad | Anotar el nombre completo y la firma del usuario de conformidad del servicio en buen estado. |
| 7   | Entregó              | Anotar el nombre completo y la firma de la persona que entrega el ajedrez.                   |
| 8   | Recibió              | Anotar el nombre completo y la firma de la persona que recibió el ajedrez.                   |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir atención en las Bibliotecas del DIFEM de acuerdo al servicio solicitado.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.
- c) Acceso a la cultura y educación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Hacer uso adecuado y respetuoso del acervo y mobiliario de la Biblioteca.
- b) Cumplir con lo establecido en los lineamientos de la Biblioteca.
- c) Hacer uso del acervo bibliográfico dentro de las instalaciones de la Biblioteca.

### 7.7 Causas de Incumplimiento

- a) Hacer mal uso del acervo y mobiliario de la Biblioteca.
- b) La no observancia de los lineamientos de la Biblioteca.
- c) Extraer el acervo bibliográfico.

### 7.8 Sanciones

- a) Cuando el usuario no observe los lineamientos de la Biblioteca, se le suspenderá el servicio.
- b) Cuando el usuario sea sorprendido extrayendo cualquier acervo de la Biblioteca, se le negará el servicio.

### 7.9 Contraprestación del usuario

- a) Comprometerse a hacer uso adecuado y respetuoso del acervo y mobiliario de la Biblioteca.
- b) Cumplir con lo establecido en los lineamientos de la Biblioteca.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

#### *Lineamientos Generales*

- a) El servicio en algunas áreas de la Biblioteca, no podrá otorgarse a usuarios que lo soliciten durante la impartición de talleres.
- b) Los niños menores de 8 años deberán estar acompañados por un adulto durante su estancia en la Biblioteca.
- c) Los niños menores de 6 años podrán tomar los libros únicamente bajo la supervisión de un adulto.
- d) Para realizar trabajos manuales, trabajos a máquina, maquetas o con rotafolios, los usuarios deberán ocupar el área del vestíbulo.
- e) No se brinda servicio de préstamo a domicilio de ningún acervo existente en la Biblioteca.
- f) No se permite la salida de los libros fuera de las áreas de lectura.
- g) Los sanitarios son para uso exclusivo de los usuarios de las Bibliotecas del DIFEM.

#### *Para el uso de acervo bibliográfico:*

- a) Registrar su entrada a la Biblioteca en el formato establecido para tal efecto.
- b) Depositar paquetes, mochilas, bolsas, portafolios, etc., (evitando dejar dentro de estos, carteras, monederos u objetos de valor) en el área de paquetería, donde se les entregará una ficha numérica, misma que deberán presentar para recoger los objetos depositados.
- c) Lavarse las manos antes de ingresar a cualquier área de la Biblioteca.
- d) Conocer los lineamientos de la Biblioteca y cumplir con lo establecido en ellos.
- e) Consultar el acervo de su interés con la asesoría de las instructoras, por medio del sistema "Logicat-DIFEM", el cual se encuentra clasificado por título, autor y tema, número y letra correspondiente al estante en que se encuentra ubicado, así como número y color de sala para su lectura.
- f) Tomar un solo libro a la vez para su lectura, colocando la regleta respectiva en su lugar y al regresar el libro colocar la misma en la canasta correspondiente.

#### *Para el uso de Computadoras:*

- a) Realizar su inscripción para cursos y talleres, con el responsable del área y proporcionar una copia fotostática del acta de nacimiento e identificación oficial en su caso.
- b) Cuando el usuario requiera guardar información deberá traer el medio electrónico para hacerlo (CD, USB).
- c) Antes de hacer uso de la computadora deberá haber presentado una identificación vigente al encargado del área de cómputo para que se recaben sus datos.
- d) Regresar en perfectas condiciones el equipo de cómputo, de lo contrario se responsabilizará de su compostura.

*Para el uso del acervo Videográfico:*

- a) Respetar el horario establecido de 10:00 a 17:00 hrs.
- b) Solicitar el video de su preferencia al encargado del área.
- c) No manipular o tocar los televisores y videocaseteras.
- d) Avisar al encargado cuando su video haya finalizado, para que éste lo retire.

*Para el uso de la Sala de Juegos:*

- a) Respetar el horario establecido de 16:00 a 18:30 hrs., los viernes y sábados de 10:00 a 18:00 hrs., permitiendo la entrada de un grupo de 20 personas cada 30 minutos según la afluencia.
- b) Seleccionar el juguete a utilizar y colocar en su lugar la regleta para posteriormente devolverlo, entregando completos los componentes del mismo y regresando la regleta a su lugar.
- c) El usuario que solicite el Ajedrez Gigante, deberá responsabilizarse de su uso y devolver las piezas en buenas condiciones, de lo contrario deberá pagar su compostura.

*Para el uso del auditorio:*

- a) En el auditorio se podrán realizar eventos culturales y educativos, así como festivales y cierre de talleres de acuerdo a la programación anual.
- b) Las instituciones públicas o privadas podrán solicitar el auditorio a través de oficio dirigido al Departamento de Servicios Bibliotecarios del DIFEM.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Servicios Bibliotecarios DIFEM".

### **8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales del DIFEM, a través de la Subdirección de Administración de Centros Educativos y el Departamento de Servicios Bibliotecarios.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

El Departamento establece convenios con la U.A.E.M. para ofrecer al usuario una serie de eventos culturales y gratuitos de forma mensual.

## **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## **14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

## **15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo 01800 6 96 96 96 para el interior de la República y 070 para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
ASISTENCIALES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Servicios Bibliotecarios del DIFEM publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
CLÍNICA ALBERGUE FAMILIAR****1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Otorgar albergue y raciones alimenticias a familiares de pacientes internados en hospitales gubernamentales, que por circunstancias de lejanía de su lugar de residencia o gravedad del paciente requieran del servicio.

**2.- GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**CAF:** A la Clínica Albergue Familiar del DIFEM.

**Bonificación:** Al monto total obtenido de acuerdo a las horas laboradas en la CAF, que podrán ser descontadas de la cuenta de pacientes internados en el Hospital para el Niño.



**Hospitales Gubernamentales:** A los Hospitales pertenecientes al Instituto Materno Infantil (IMIEM) e Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

**Libro de Control de Raciones Alimenticias y Uso de Regaderas:** Al documento en el cual se registra a los usuarios de la CAF que requieran los servicios de alimentación y regaderas.

**Libro de Control de Usuarios:** Al documento en el que se registra a los usuarios de la CAF.

**Recibo de Pago Provisional:** Al documento expedido por la CAF para el cobro diario de los servicios solicitados por los usuarios.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo general

Otorgar servicio de albergue y alimentos a familiares de pacientes internados en Hospitales Gubernamentales a fin de procurar un espacio digno y cubriendo sus necesidades elementales, dada la vulnerabilidad en la que se encuentran y favorecer su sano desarrollo mediante actividades culturales y recreativas.

#### 3.2 Objetivo específico

Brindar apoyo con el otorgamiento de estancia y alimentación mediante una cuota de recuperación, a los familiares de pacientes internados en hospitales gubernamentales, de escasos recursos económicos y que por circunstancias de lejanía de su lugar de residencia o gravedad del paciente no puedan trasladarse hasta su domicilio, procurándoles un apoyo durante su permanencia dado su grado de vulnerabilidad.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Habitantes del Estado de México o familiares provenientes de otros estados de pacientes internados en Hospitales Gubernamentales, de escasos recursos económicos que por lejanía de su lugar de residencia requieren del servicio de albergue y raciones alimenticias.

### 5. COBERTURA

El servicio se otorga únicamente en la ciudad de Toluca y atiende a los habitantes de los 125 Municipios del Estado de México y del Territorio Nacional que tengan pacientes internados en hospitales gubernamentales.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de servicio

- a) Alojamiento de lunes a domingo de 19:00 a 06:45 hrs.
- b) Regaderas de lunes a domingo de 07:00 a 11:30 hrs. y de 18:00 a 20:00 hrs.
- c) Alimentación de lunes a domingo en los siguientes horarios:

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| Desayuno: | 08:00 a 09:00 hrs. |
| Comida:   | 14:00 a 15:00 hrs. |
| Cena:     | 20:00 a 21:00 hrs. |

- d) Pláticas de orientación médica y psicológica.

#### 6.2 Monto del servicio

Los usuarios del servicio deberán aportar una cuota de recuperación acorde a la clasificación que se derive del estudio socioeconómico aplicado a los familiares de pacientes internados en Hospitales Gubernamentales de acuerdo al tabulador establecido en cada hospital.

Una vez aplicado el estudio socioeconómico y de acuerdo a la clasificación se cobrará la cuota de recuperación de conformidad con lo establecido en los Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM vigentes.

### 7 MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

#### 7.1 Permanencia

Los usuarios permanecerán el tiempo que lo requieran siempre y cuando tengan un familiar internado en algún hospital gubernamental.

#### 7.2 Requisitos y criterios de selección

- a) Tener a un familiar internado en un Hospital gubernamental.
- b) Acudir personalmente a la CAF a solicitar el servicio, en un horario abierto de 24 hrs., en:

Ave. Paseo Colón S/N, colonia Isidro Fabela  
Toluca, Estado de México, C.P. 50170  
(A un costado del servicio de urgencias del Hospital para el Niño).

- c) Presentar clasificación socioeconómica expedida por el Hospital donde se encuentra internado el familiar.
- d) Presentar copia del pase de visita o Carnet expedido por el área de Trabajo Social del Hospital donde se encuentra internado el familiar.
- e) Realizar el pago correspondiente por los servicios que requiera (albergue, regaderas, desayuno, comida y/o cena), en la Caja de la CAF.

El servicio de albergue se proporcionará como máximo a dos familiares responsables del paciente internado en algún hospital gubernamental.

### 7.3 Criterios de priorización

Se dará prioridad a familiares de pacientes internados en el Hospital para el Niño y posteriormente a los de hospitales pertenecientes al ISEM.

### 7.4 Formatos

No aplica

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir el servicio solicitado (albergue, regaderas y/o raciones alimenticias) en tiempo y forma.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Conducirse con veracidad al momento de solicitar el o servicio.
- b) Hacer buen uso de las instalaciones de la CAF.
- c) Dar cumplimiento al Reglamento Interno de la CAF.
- d) Participar dentro de las actividades que se lleven a cabo tales como: pláticas, cursos, campañas de limpieza, etc.

### 7.7 Causas de incumplimiento

- a) Infringir el Reglamento Interno de la CAF y que su conducta ponga en riesgo a los demás usuarios.
- b) Proporcionar datos falsos para acceder al servicio.

### 7.8 Sanciones

#### Cancelación

- a) Cuando la conducta de un usuario ponga en riesgo a las demás personas.
- b) Cuando se detecte que la información proporcionada no es verídica.
- c) Cuando se infrinja el Reglamento Interno de la CAF.

### 7.9 Contraprestación del usuario

El servicio que se brinda en la CAF implica para el usuario una contraprestación o forma de corresponsabilidad que se cubrirá a través de:

- a) Pago de cuota de recuperación.
- b) Participación en pláticas, cursos y campañas de limpieza entre otros.
- c) Trabajo remunerado:

La CAF ofrece a los usuarios el derecho a la bonificación por el servicio prestado en la misma, bajo la modalidad de trabajo remunerado, el cual se aplicará en la cuenta hospitalaria y será equivalente al salario mínimo vigente en la Entidad y proporcional al número de horas laboradas en las actividades propias del área.

### 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- a) El familiar del paciente internado acudirá a la CAF a solicitar el servicio.
- b) El personal de la CAF lo registrará en el "Libro de usuarios" anotando el nombre de quien solicita el servicio, nombre del familiar internado y nombre del hospital en que se encuentra, lugar de origen, clasificación socioeconómica, número de servicios que utilizará durante su estancia (alojamiento, regaderas, alimentos).
- c) El personal de la CAF entregará al usuario el Recibo de Pago por el monto de los servicios solicitados de acuerdo a la clasificación socioeconómica.

- d) El usuario podrá solicitar el número de ración alimentaria directamente en la Caja de la CAF no existiendo restricción para el número de familiares que requieran el servicio, hasta agotar las raciones disponibles del día.
- e) El usuario deberá pagar su cuota de recuperación en la Caja de la CAF.
- f) Cuando el resultado del estudio socioeconómico determine que los familiares de los pacientes no están en posibilidad de cubrir la cuota de recuperación, se podrán otorgar exenciones de pago de conformidad con lo establecido en los "Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM" vigentes.
- g) Diariamente los Auxiliares responsables en turno, elaborarán un reporte de los familiares que hayan hecho uso de las instalaciones de las CAF, posteriormente al final del mes enviarán un concentrado mensual a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM quien es responsable de integrar la información y remitirla al Sistema Nacional DIF.
- h) Los usuarios de la CAF recibirán el servicio hasta el momento en que su familiar sea dado de alta del hospital en que se encuentre internado.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Clínica Albergue Familiar".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales del DIFEM, a través del Departamento de Valoraciones y Estudios Biopsicosociales para Adopción y Apoyo a la Familia.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Las instancias participantes preverán los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar que sus acciones no se contrapongan, afecten o se dupliquen con otros programas de desarrollo social o acciones de gobierno.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

A través de la página: [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** difem@mail.edomex.gob.mx.

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
 DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
 ASISTENCIALES  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Clínica Albergue Familiar publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
 DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
 INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 (RUBRICA).

---

## LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL MALTRATO

### 1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN

Atender de forma integral y personal a los sujetos involucrados en violencia familiar a través del Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia Estatal o Municipal.

### 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**CEPAMYF:** Al Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo General

Atender a los involucrados en situación de violencia familiar o maltrato infantil y realizar acciones de prevención que tiendan a disminuir los índices de esta problemática en toda la entidad, así como de los miembros del grupo familiar, hasta lograr su restablecimiento para lograr de forma armónica una vida plena y productiva.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Ejecutar acciones de intervención a través de la prevención y atención al maltrato de manera especializada y multidisciplinaria, en los diferentes casos que presenta la población en el Estado de México.
- Brindar atención integral a las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres y hombres que estén involucrados en violencia familiar, así como instrumentar y operar acciones de prevención dirigidas a toda la población en general y servidores públicos.

- Contribuir a disminuir los índices de violencia familiar a través de la prevención y atención integral de las familias involucradas en violencia, a fin de darles los elementos cognitivos para mejorar la dinámica e incorporarles a una vida plena.

#### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Personas en condición de vulnerabilidad que se encuentran involucradas en los diferentes tipos de maltrato, víctimas o generadoras de violencia, habitantes del Estado de México.

#### **5.- COBERTURA**

El programa opera en los municipios del Estado de México que cuentan con un CEPAMYF.

#### **6. SERVICIO**

##### **6.1. Tipo de Servicio**

El servicio que se brinda a la población en general, se genera a través de la denuncia anónima y la intervención se dará a través de la atención de un grupo multidisciplinario conformado por las áreas médica, psicológica, trabajo social y jurídica. La prevención se dará a conocer por medio de capacitación a los SMDIF, pláticas, talleres, medios de comunicación impresos y electrónicos, entre otros.

Además de informar y sensibilizar a toda la población de las características, causas y consecuencias, así como la importancia de la denuncia de la violencia familiar, con el propósito de disminuirla y crear una cultura de no violencia donde prevalezcan los valores en la familia y en la sociedad.

##### **6.2. Monto del Servicio**

El Servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social es gratuito, y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

#### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

##### **7.1 Permanencia**

Se brindará atención a los usuarios que denuncien un probable maltrato a través del CEPAMYF del DIFEM o del SMDIF y permanecerán en el servicio siempre y cuando tengan la disposición de darle seguimiento a su asunto y atiendan puntualmente las citas a que sean convocados.

##### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

El único requisito para atender la Violencia Familiar o maltrato infantil es hacerlo del conocimiento del CEPAMYF en el DIFEM o en el SMDIF de forma personal, escrita, vía telefónica o vía internet, debiendo proporcionar los datos generales, domicilio, señas particulares, datos precisos para la localización de los sujetos de violencia familiar y una breve descripción de los hechos. Los datos proporcionados serán considerados como confidenciales.

##### **7.3 Criterios de Priorización**

No aplica

##### **7.4 Formatos**

No aplica

##### **7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir atención integral en el CEPAMYF.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.
- c) Que la información que proporcione sea tratada con carácter de confidencial.

##### **7.6 Obligaciones de los Usuarios**

- a) Proporcionar de manera veraz la información necesaria para su atención y tratamiento.
- b) Acudir a las citas y tratamientos a que sea convocado.

##### **7.7 Causas de Incumplimiento**

- a) No acudir a las citas para esclarecer las denuncias presentadas a través de los diferentes medios.
- b) No acudir al tratamiento psicológico proporcionado por el CEPAMYF con el objeto de reincorporarlo a una vida plena y productiva.

## 7.8 Sanciones

### Cancelación:

- a) Cuando los datos proporcionados no sean fidedignos.
- b) Cuando no acuda a las citas a que sea convocado para esclarecer la denuncia presentada.
- c) Cuando no acuda en tres ocasiones consecutivas al tratamiento psicológico sin justificación alguna.

## 7.9. Contraprestación del usuario

- a) Acudir en tiempo y forma a las citas a las que se le convoque.
- b) Acudir en tiempo y forma y dar seguimiento al tratamiento al que se le canalice.

## 7.10 Procedimiento para la entrega del servicio

- a) El usuario realizará la denuncia correspondiente en el CEPAMYF del DIFEM o del SMDIF de su municipio, de forma personal, escrita, vía telefónica o vía internet.
- b) Deberá proporcionar los datos completos: generales, domicilio, señas particulares, datos precisos de localización de los sujetos de violencia familiar y una breve descripción de los hechos.
- c) La información proporcionada por el usuario es de carácter confidencial.
- d) Un trabajador social del CEPAMYF del DIFEM o del SMDIF en su caso, atenderán la denuncia de probable maltrato.
- e) De confirmarse el maltrato se realizarán las acciones conducentes al caso concreto.
- f) Se canalizará a tratamiento psicológico una vez que se haya estudiado el caso por parte del área de psicología.
- g) Una vez estudiado el caso referente al maltrato y determinado que de él se desprende la comisión de un hecho delictuoso se iniciará la carpeta de investigación correspondiente.

### Aplicación conceptual

**La prevención** se da a través de investigación, capacitación, pláticas, talleres vivenciales, impresos y medios de comunicación y transporte, entre otros, informando a todos los sectores de la población, de las características de la violencia familiar y sus consecuencias, con el propósito de disminuirla y que surja una nueva cultura de la no violencia en donde prevalezca los valores en la familia y en la sociedad.

**La vigilancia y orientación** se llevará a cabo con el propósito de verificar el cumplimiento de los objetivos de los CEPAMYF de los SMDIF, manteniendo una estrecha relación con el CEPAMYF del DIFEM.

**La capacitación** se otorga con el propósito de actualizar a los profesionales que integran el grupo multidisciplinario del CEPAMYF de los SMDIF, brindándoles elementos teóricos-prácticos actualizados, que les permitan entender mejor la problemática, la influencia de factores biológicos, individuales, sociales, culturales, causales y consecuenciales del fenómeno de violencia familiar y los métodos de rehabilitación.

**La promoción** debe ser constante a los SMDIF, para que adopten las acciones del CEPAMYF del DIFEM, con la finalidad de prevenir y atender el fenómeno de la violencia familiar y sensibilizar a la población fomentando la cultura de denuncia y paulatinamente disminuir esta problemática.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Prevención y Atención al Maltrato".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales del DIFEM a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

## 9. COORDINACIÓN INTERSTITUCIONAL

### Corresponde al DIFEM:

- a) Difundir entre los SMDIF las normas y procedimientos que regirán el desarrollo de las acciones de prevención y atención de la violencia familiar.
- b) Operar y aplicar acciones para intervenir en la violencia familiar de forma gratuita.
- c) Participar de manera conjunta con los SMDIF en los mecanismos y estrategias a seguir para la detección y atención a los usuarios.
- d) Promover la participación comunitaria sobre las acciones de prevención y atención a la violencia familiar.
- e) Promover en coordinación con los SMDIF campañas educativas de información y orientación sobre la prevención de la violencia familiar.
- f) Colaborar con instituciones públicas y privadas relacionadas con la prevención y atención a la violencia familiar.

- g) Vigilar y orientar el cumplimiento de las acciones de prevención y atención a la violencia familiar en los SMDIF.
- h) Recopilar y registrar la información referente a las acciones de prevención y atención a la violencia familiar.
- i) Registrar a la población asistida con fines estadísticos y de planeación velando en todo momento por la secrecía de los datos proporcionados por los usuarios.
- j) Brindar a los SMDIF asesoría, capacitación, vigilancia y seguimiento en la operación del proyecto CEPAMYF.
- k) Dar seguimiento de las estrategias de apoyo a las acciones del CEPAMYF, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.
- l) Dar seguimiento y evaluar las acciones del CEPAMYF en los SMDIF, buscando información significativa de forma metodológica, continua y sistemática para ser utilizada en la planeación e implementación del proyecto.
- m) Canalizar en su caso los reportes de probable maltrato a los SMDIF que corresponda para su atención.

#### **Corresponde a los SMDIF:**

- a) Operar y aplicar acciones para intervenir en la violencia familiar de forma gratuita.
- b) Participar de manera conjunta con el DIFEM en los mecanismos y estrategias a seguir para la detección y atención a los usuarios.
- c) Promover la participación comunitaria sobre las acciones de prevención y atención a la violencia familiar.
- d) Promover en coordinación con el DIFEM campañas educativas de información y orientación sobre la prevención de la violencia familiar.
- e) Recopilar y registrar la información referente a las acciones de prevención y atención a la violencia familiar.
- f) Registrar a la población asistida con fines estadísticos y de planeación velando en todo momento por la secrecía de los datos proporcionados por los usuarios.
- g) Informar con oportunidad al DIFEM sobre las acciones de prevención y atención a la violencia.
- h) Recibir asesoría, capacitación, vigilancia y seguimiento en la operación del proyecto CEPAMYF.
- i) Dar seguimiento de las estrategias de apoyo a las acciones del CEPAMYF, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.
- j) Enviar al DIFEM la información mensual en el formato de estadística establecido.
- k) Recibir, dar seguimiento e informar al CEPAMYF del DIFEM sobre los reportes de probable maltrato que les hayan sido canalizados para su atención, en un término no mayor a 15 días naturales.

### **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

El DIFEM y los SMDIF deberán promover en los diversos grupos comunitarios la participación de en las acciones de prevención y disminución de la violencia familiar, asimismo se buscará la participación de la sociedad en la búsqueda conjunta de mecanismos y estrategias a seguir para la detección y atención tanto a los receptores como a los generadores de violencia y a su familia o grupo familiar.

### **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales con el apoyo de la Dirección de Enlace y Vinculación Regional a través de sus Coordinadores Regionales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

### **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios. Los datos proporcionados por los usuarios serán tratados de forma confidencial.

### **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

### **14. AUDITORIA CONTROL Y VIGILANCIA**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### **15. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

#### **I. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.

- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.  
c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

2. **Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

3. **Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
ASISTENCIALES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Prevención y Atención al Maltrato, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMAS PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO.  
(RUBRICA).

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ATENCIÓN EDUCATIVA A HIJOS DE MADRES TRABAJADORAS**

**I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Brindar servicio asistencial y educativo a menores de entre tres meses y cinco años 11 meses hijos de madres trabajadoras, a través de las estancias infantiles, jardines de niños y centros de desarrollo infantil, operados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México y por los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**Beneficiario:** Al alumno y/o menor hijo de madre que trabaja fuera del hogar en labores remuneradas y que queda inscrito dentro de la Institución.

**Cuota de recuperación:** A la cantidad que debe cubrir el padre de familia por el pago del servicio que se le brinda.

**Estudio Socioeconómico:** Al instrumento en el cual se registran datos personales y laborales de los padres y constitución familiar, mismos que sirven para identificar la situación socioeconómica actual de la familia.



**Matrícula:** Al número de alumnos inscritos, en cada plantel educativo.

**Inscripción:** Al procedimiento que implica la aceptación y registro de un menor como alumno de una Estancia Infantil, Jardín de Niños o Centro de Desarrollo Infantil.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Fortalecer el desarrollo integral (emocional, físico e intelectual) de los hijos de madres trabajadoras, atendiendo el principio del interés superior del niño, a través de la aplicación de los programas de educación inicial y preescolar, a fin de elevar el nivel de enseñanza-aprendizaje en los Centros Educativos.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Otorgar apoyo a las madres trabajadoras mediante la prestación de un servicio asistencial y educativo a sus hijos que fomente hábitos y valores.
- Crear espacios seguros para salvaguardar la integridad de los hijos de madres trabajadoras que al mismo tiempo les permita desarrollar sus habilidades y competencias.
- Evaluar el impacto del Programa de Estimulación Temprana y del Programa de Educación Preescolar en el estado de maduración de los menores a través de los resultados de los reportes de evaluación constante del P.E.T. y P.E.P., respectivamente.
- Fomentar la ingesta de alimentos nutritivos que les permita a los menores un aporte nutrimental recomendado por la NOM-169-SSA/-1998 para alcanzar talla y peso esperado para la edad.

### 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Hijos de madres trabajadoras que perciben un sueldo, de entre tres meses y cinco años 11 meses de edad, habitantes del Estado de México.

### 5. COBERTURA

El servicio asistencial y educativo proporcionado en las estancias infantiles, jardines de niños y centros de desarrollo infantil actualmente tiene cobertura en 61 municipios del Estado de México: Atlautla, Chalco, Ozumba, Tlalmanalco, Valle de Chalco, Chimalhuacán, Ixtapaluca, La Paz, Nezahualcóyotl, Coyotepec, Huehuetoca, Tepetzotlán, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec, Tecámac, Acolman, Otumba, Chiautla, Texcoco, Naucalpan, Nicolás Romero, Huixquilucan, Cuautitlán México, Melchor Ocampo, Teoloyucan, Tultepec, Coacalco, Tultitlán, Apaxco, Nextlalpan, Jaltenco, Atizapán de Zaragoza, Tlalnepantla de Baz, Atizapan, Capulhuac, Lerma, Temoaya, Tianguistenco, Xatlaco, Xonacatlán, Atlacomulco, El Oro, Ixtlahuaca, Jocotitlán, San Felipe del Progreso, Temascalcingo, Toluca, Metepec, Almoloya de Juárez, Almoloya del Río, Calimaya, Mexicaltzingo, Rayón, San Antonio la Isla, Tenango del Valle, Joquicingo, Tenancingo, Coatepec Harinas, Ixtapan de la Sal, Tejupilco y Valle de Bravo.

### 6. SERVICIO

#### 6.1 Tipo de Servicio

El servicio que se otorga es asistencial y educativo:

##### Servicio asistencial:

- a) **Alimentación:** fomento de la ingesta de alimentos nutritivos que le permita a los menores alcanzar talla y peso esperados para la edad.
- b) **Servicio médico:** atención médica y odontológica de carácter preventivo (vacunación, aplicación de flúor, club salud del niño, prevención de enfermedades y accidentes, somatometrías, entre otros).
- c) **Servicio psicológico:** detección y seguimiento de los menores que requieren de atención personalizada para lograr un desarrollo óptimo de las competencias.

##### Servicio Educativo:

- a) Educación formal necesaria para el desarrollo integral.
- b) Aplicación del programa de estimulación temprana, en estancias infantiles.
- c) Aplicación del programa de educación preescolar vigente, en jardines de niños y centros de desarrollo infantil.

#### 6.2 Monto del Servicio

**Estancias Infantiles y Jardines de Niños dependientes directamente del DIFEM:** Cuota de recuperación de conformidad con lo establecido en los "Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM" vigentes, determinada por el estudio socioeconómico realizado a los padres de familia.

**Estancias Infantiles y Centros de Desarrollo Infantil dependientes de los SMDIF:** Cuota de recuperación establecida en cada uno de ellos.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia:

- En las estancias infantiles los usuarios permanecerán de los 3 meses a los 3 años 11 meses de edad
- En los jardines de niños y centros de desarrollo infantil los usuarios permanecerán de los 3 años a los 5 años 11 meses de edad.
- Los usuarios permanecerán en los centros escolares conforme a la siguiente tabla de estratos de edad.

|            |   |  |
|------------|---|--|
| Lactantes  | De 3 meses a<br>1 año 6 meses                 | A.- de 3 meses a 6 meses<br>B.- de 7 meses a 11 meses<br>C.- de 1 año a 1 año 6 meses                              |
| Maternales | De 1 año 7 meses a<br>2 años 11 meses         | A.- de 1 año 7 meses a 1 año 11 meses<br>B.- de 2 años a 2 años 5 meses<br>C.- de 2 años 6 meses a 2 años 11 meses |
| Preescolar | Primer grado<br>Segundo grado<br>Tercer grado | A.- 3 años a 3 años 11 meses<br>B.- 4 años a 4 años 11 meses<br>C.- 5 años a 5 años 11 meses                       |

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

Para acceder al servicio los solicitantes deberán:

- Ser hijo de madre trabajadora, con un empleo remunerado fuera del hogar.
- Contar con 3 meses a 3 años 11 meses de edad para ingreso en Estancias Infantiles y de 3 años a 5 años 11 meses para Jardines de Niños y Centros de Desarrollo Infantil.
- Habitar en el Estado de México.

Además de los requisitos antes establecidos, la madre del menor deberá presentar:

- Copia legible del acta de nacimiento del beneficiario y original para cotejar.
- Copia certificada de acta de nacimiento únicamente para alumnos de tercer año.
- Copia de acta de nacimiento de hermanos del alumno.
- Un comprobante domiciliario a nombre de los padres (recibos actuales teléfono, luz o predial).
- Comprobante de pago de hipoteca (si es el caso).
- Comprobante de renta (recibo o contrato).
- Carta de trabajo de los padres (membretada y sellada, horario, sueldo mensual, días laborables y firmada por el jefe inmediato. En caso de que el pago sea en efectivo se debe colocar la leyenda "Neto pagado en efectivo").
- Copia del último talón de cheque o recibo de percepciones en su caso.
- Seis fotografías tamaño infantil recientes del alumno.
- Constancia de estado civil.
- Fotografía tamaño infantil blanco y negro de tres personas adultas para la credencial con la cual podrá retirar al menor de la escuela.
- Copia de CURP tamaño carta del beneficiario y original para cotejar.
- Original del certificado médico (expedido por una institución de salud: ISSEMYM, ISSSTE, IMSS, Cruz Roja, ISEM).
- Dos copias visibles de la cartilla de salud y original para cotejarla.

### 7.3. Criterios de priorización

Los usuarios serán aceptados bajo los siguientes criterios:

- Cuando la capacidad de los Centros Educativos cuente con espacios para ser ocupados.
- No se admitirá a ningún niño, cuya madre no trabaje en tareas remuneradas fuera del hogar.
- Que la suma de los ingresos de la madre y el padre del menor no rebase los límites establecidos en los "Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM" vigentes.
- Se dará atención en los Centros Educativos, a dos menores por familia debido a que este servicio es subsidiado, dando oportunidad a casos especiales producto de embarazos múltiples.
- Podrán ingresar a los Centros Educativos, los hijos de madres y padres trabajadores en estado de soltería y que cuenten con seguridad social, siempre y cuando su salario neto mensual no rebase los límites establecidos en los "Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM" vigentes.
- Podrán ingresar a los Centros Educativos, los hijos de padres de familia que cuenten con seguridad social y que tengan inscrito a otro de sus hijos en las Estancias Infantiles o Jardines de Niños (subsecuente), siempre y cuando la suma neta

mensual de ambos salarios no rebase los límites establecidos en los "Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM" vigentes.

- g) Podrán ingresar a los Centros Educativos, hijos de padres de familia que cuenten con seguridad social y cuando la suma neta mensual de ambos salarios no rebase los límites establecidos en los "Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM" vigentes.

**7.4 Formatos**



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOORNA  
ENGRANDE  
ESTADO DE MÉXICO

## Estudio Socio-Económico

Foto

<sup>(1)</sup> Fecha: \_\_\_\_\_  
<sup>(2)</sup> Folio: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO(A)**

|  |                     |   |   |  |  |
|--|---------------------|---|---|--|--|
| <sup>(4)</sup> Primer apellido (paterno)     |                     | <sup>(5)</sup> Segundo apellido (materno)                         |   | <sup>(6)</sup> Nombre(s)                         |  |
| D D M M A A A A                              |                     | <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer |   |  |  |
| <sup>(7)</sup> Fecha de nacimiento           | <sup>(8)</sup> Edad | <sup>(9)</sup> Género   | <sup>(10)</sup> Nacionalidad                                    | <sup>(11)</sup> Entidad federativa de nacimiento |  |
| <b>ESCOLARIDAD DEL BENEFICIARIO(A)</b>       |                     |   |   |  |  |
| <sup>(12)</sup> Nombre del plantel educativo |                     |   |   |  |  |
| <sup>(13)</sup> Ciclo escolar                |                     |   | <sup>(14)</sup> Clave única de registro de población (C.U.R.P.) |  |  |

**DATOS DE LA MADRE O TUTOR**

|   |                        |   |                              |  |  |
|---|------------------------|---|------------------------------|--|--|
| <sup>(15)</sup> Primer apellido (paterno)   |                        | <sup>(16)</sup> Segundo apellido (materno)  |                              | <sup>(17)</sup> Nombre(s)                        |  |
| D D M M A A A A   |                        | <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada<br><input type="checkbox"/> Amasado (U. libre) <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Concubinato |                              |  |  |
| <sup>(18)</sup> Fecha de nacimiento   | <sup>(19)</sup> Género | <sup>(20)</sup> Estado civil  | <sup>(21)</sup> Nacionalidad | <sup>(22)</sup> Entidad federativa de nacimiento |  |
| <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Ninguna |                        | <sup>(23)</sup> Grado de estudios   |                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?:   |                        | <sup>(24)</sup> Clave única de registro de población (C.U.R.P.)   |                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Credencial de elector <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cartilla militar   |                        | Clave   |                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro, especifique  |                        |   |                              |  |  |
| <sup>(25)</sup> Tipo de identificación oficial  |                        |   |                              |  |  |

**DOMICILIO DE LA MADRE O TUTOR**

|   |  |   |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|
| <sup>(26)</sup> Calle                       |  | <sup>(27)</sup> No. exterior  | <sup>(28)</sup> No. interior    |
| <sup>(29)</sup> Entre qué calle y qué calle |  | <sup>(30)</sup> Código postal   | <sup>(31)</sup> Otra referencia |
| <sup>(32)</sup> Localidad                   | <sup>(33)</sup> Colonia y/o barrio       | <sup>(34)</sup> Municipio   |                                 |
| <sup>(35)</sup> Entidad federativa          | <sup>(36)</sup> Teléfono fijo (con lada) | <sup>(37)</sup> Teléfono celular (con lada)   |                                 |
| <sup>(38)</sup> Correo electrónico          |  | <input type="checkbox"/> Campesino <input type="checkbox"/> Albelli <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Profesionalista<br><input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otro, especifique |                                 |
| <sup>(39)</sup> Ocupación                   |  |   |                                 |

**DATOS LABORALES DE LA MADRE O TUTOR**

|   |                                  |   |                                     |
|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <sup>(40)</sup> Nombre de la empresa  |                                  | <sup>(41)</sup> Domicilio   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Eventual   |                                  |   |                                     |
| <sup>(42)</sup> Código postal   | <sup>(43)</sup> Tipo de contrato | <sup>(44)</sup> Horario   | <sup>(45)</sup> Teléfono (con lada) |
| <sup>(46)</sup> Sueldo mensual neto   | <sup>(47)</sup> Otros ingresos   | <sup>(48)</sup> Total de ingresos   |                                     |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSEMYM <input type="checkbox"/> No afiliado<br><input type="checkbox"/> Otro, especifique |                                     |
| <sup>(49)</sup> Jefe inmediato superior o patrón  |                                  | <sup>(50)</sup> Afiliación  |                                     |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |                                     |
| <sup>(51)</sup> Número de afiliación  |                                  | <sup>(52)</sup> Empleado DIFEM sindicalizado  |                                     |
| <sup>(53)</sup> Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada |                                  |   |                                     |



<sup>(004)</sup> **OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR DEL BENEFICIARIO (A)**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondiente al Programa **Atención a Hijos de Madres Trabajadoras** a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la incorporación de los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo; lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y el artículo 3 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Dicha base fue registrada ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y podrá ser transmitida en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios y demás normatividad aplicables, además de otras transmisiones previstas en la Ley.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos referida es la **Subdirección de Administración de Centros Educativos** y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es en **Bravo Nte 404. Col Santa Bárbara. C.P. 50000, en Toluca, Estado de México.**

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numerales décimo sexto y décimo séptimo de los Lineamientos para el Manejo, Mantenimiento y Seguridad de los Datos personales, que se encuentran en posesión del Poder Ejecutivo del Estado de México, las dependencias y organismos auxiliares, los fideicomisos públicos y la Procuraduría General de Justicia, como los sujetos obligados de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

|  |   |
|--|---|
| <sup>(005)</sup> Nombre y firma del padre, madre o tutor   | <sup>(006)</sup> Nombre y firma del trabajador social |
| <sup>(007)</sup> Nombre y firma del director de la escuela |   |

<sup>(008)</sup> Fecha de actualización 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D | D | M | M | A | A | A | A | A | A | A |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO**

**DATOS DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO**

|        |                                  |   |
|--------|----------------------------------|---|
| 1.     | FECHA                            | Rubro para Trabajo social. Colocara la fecha en que aplica el Estudio Socioeconómico    |
| 2.     | FOLIO                            | Rubro para Trabajo social. Escribir el folio con el que se identificara al beneficiario |
| 3.     | FOTO                             | Se colocara la fotografía del beneficiario  |
| 4 AL 6 | NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO | Escribir el, primer apellido ( Paterno), segundo apellido ( Materno), Nombre (s)        |
| 7.     | FECHA DE NACIMIENTO              | Escribir la fecha de nacimiento Día, Mes y Año  |
| 8.     | EDAD                             | Escribir la edad  |
| 9.     | GENERO                           | Colocar una X en el recuadro que corresponda al Genero                                  |
| 10.    | NACIONALIDAD                     | Escribir la Nacionalidad  |
| 11.    | ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO | Escribir la entidad de nacimiento   |
| 12.    | NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO     | Escribir el nombre de la estancia infantil o jardin de niños donde quedara inscrito     |
| 13.    | CICLO ESCOLAR                    | Escribir el ciclo escolar que cursara   |
| 14.    | CURP                             | Escribir la CURP  |

| DATOS DE LA MADRE O TUTOR           |                                  |   |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 15 al 17                            | NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE      | Escribir el, primer apellido ( Paterno), segundo apellido ( Materno), Nombre (s)  |
| 18.                                 | FECHA DE NACIMIENTO              | Escribir la fecha de nacimiento Día, Mes y Año  |
| 19.                                 | GENERO                           | Colocar una X en el recuadro que corresponda al Genero  |
| 20.                                 | ESTADO CIVIL                     | Marcar una X en el recuadro que corresponda al estado civil   |
| 21.                                 | NACIONALIDAD                     | Escribir la Nacionalidad  |
| 22.                                 | ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO | Escribir la entidad de nacimiento   |
| 23.                                 | GRADO DE ESTUDIOS                | Marcar una X en el recuadro que corresponda al grado de estudios con el que cuenta  |
| 24.                                 | CURP                             | Escribir la CURP  |
| 25.                                 | TIPO DE IDENTIFICACION OFICIAL   | Colocar una X en el recuadro que corresponda al tipo de identificación que presenta y colocar la clave                                      |
| DOMICILIO DE LA MADRE O TUTOR       |                                  |   |
| 26.                                 | CALLE                            | Escribir el domicilio donde vive la madre   |
| 27.                                 | No. INTERIOR                     | Escribir el numero interior de la vivienda  |
| 28.                                 | No. EXTERIOR                     | Escribir el numero exterior de la vivienda  |
| 29.                                 | ENTRE CALLE Y CALLE              | Escribir entre que calles se localiza el domicilio  |
| 30.                                 | CÓDIGO POSTAL                    | Anotar el código postal del domicilio donde vive.   |
| 31.                                 | OTRA REFERENCIA                  | Escribir otra referencia importante para localizar el domicilio   |
| 32.                                 | LOCALIDAD                        | Escribir la localidad donde vive  |
| 33.                                 | COLONIA O BARRIO                 | Escribir la colonia donde vive  |
| 34.                                 | MUNICIPIO                        | Escribir el municipio donde vive  |
| 35.                                 | ENTIDAD FEDERATIVA               | Escribir la entidad donde vive  |
| 36.                                 | TELEFONO FIJO                    | Si tiene numero telefónico anotarlo en este espacio (CON LADA)  |
| 37.                                 | TELEFONO CELULAR                 | Si cuenta con celular anotarlo en este espacio (CON LADA)   |
| 38.                                 | CORREO ELECTRONICO               | Escribir su correo electrónico en caso de contar con el   |
| 39.                                 | OCUPACION                        | Colocar una X en el recuadro según corresponda a la ocupación   |
| DATOS LABORALES DE LA MADRE O TUTOR |                                  |   |
| 40.                                 | NOMBRE DE LA EMPRESA             | Anotar el nombre de la empresa donde labora (Institución, Gobierno, Particular, etc.)   |
| 41.                                 | DOMICILIO                        | Anotar el domicilio exacto en donde labora (Calle, Numero, Colonia o Barrio)  |
| 42.                                 | CÓDIGO POSTAL                    | Anotar el código postal del domicilio del trabajo.  |
| 43.                                 | TIPO DE CONTRATO                 | Colocar una X en el recuadro que corresponda al tipo de contrato.   |
| 44.                                 | HORARIO                          | Escribir el horario de trabajo que cubre.   |
| 45.                                 | TELÉFONO                         | Escribir con número el teléfono del lugar de trabajo. ( CON LADA)   |
| 46.                                 | SUELDO MENSUAL NETO              | Escribir con numero los ingresos que percibe mensualmente   |
| 47.                                 | OTROS INGRESOS                   | Escribir si percibe algún otro ingreso aparte del sueldo  |
| 48.                                 | TOTAL INGRESOS                   | Escribir el total de ingresos que percibe mensualmente  |
| 49.                                 | JEFE INMEDIATO                   | Escribir el nombre con apellidos del jefe inmediato de donde trabaja.   |
| 50.                                 | AFILIACIÓN                       | Colocar una X en el recuadro que corresponda si cuenta con alguna afiliación  |
| 51.                                 | NUMERO DE AFILIACION             | Escribir el número de afiliación correspondiente.   |
| 52.                                 | EMPLEADO D.I.F.E.M.              | La trabajadora social, anotara si la mama o el papa trabajan en el D.I.F.E.M. para otorgar el 50% de descuento en su cuota de recuperación. |
| 53.                                 | TIPO DE VIVIENDA                 | Colocar una X en el recuadro que corresponda al tipo de vivienda  |
| DATOS DEL PADRE O TUTOR             |                                  |   |
| 54 al 56                            | NOMBRE COMPLETO DEL PADRE        | Escribir el, primer apellido ( Paterno), segundo apellido ( Materno), Nombre (s)  |
| 57.                                 | FECHA DE NACIMIENTO              | Escribir la fecha de nacimiento Día, Mes y Año  |
| 58.                                 | GENERO                           | Colocar una X en el recuadro que corresponda al Genero  |
| 59.                                 | ESTADO CIVIL                     | Marcar una X en el recuadro que corresponda al estado civil   |

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| 60.                                   | NACIONALIDAD                              | Escribir la Nacionalidad   |
| 61.                                   | ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO          | Escribir la entidad de nacimiento  |
| 62.                                   | GRADO DE ESTUDIOS                         | Marcar una X en el recuadro que corresponda al grado de estudios con el que cuenta   |
| 63.                                   | CURP                                      | Escribir la CURP   |
| 64.                                   | TIPO DE IDENTIFICACION OFICIAL            | Colocar una X en el recuadro que corresponda al tipo de identificación que presenta y colocar la clave   |
| <b>DOMICILIO DEL PADRE O TUTOR</b>    |   |  |
| 65.                                   | CALLE                                     | Escribir el domicilio donde vive la madre  |
| 66.                                   | No. INTERIOR                              | Escribir el numero interior de la vivienda   |
| 67.                                   | No. EXTERIOR                              | Escribir el numero exterior de la vivienda   |
| 68.                                   | ENTRE CALLE Y CALLE                       | Escribir entre que calles se localiza el domicilio   |
| 69.                                   | CÓDIGO POSTAL                             | Anotar el código postal del domicilio donde vive.  |
| 70.                                   | OTRA REFERENCIA                           | Escribir otra referencia importante para localizar el domicilio  |
| 71.                                   | LOCALIDAD                                 | Escribir la localidad donde vive   |
| 72.                                   | COLONIA O BARRIO                          | Escribir la colonia donde vive   |
| 73.                                   | MUNICIPIO                                 | Escribir el municipio donde vive   |
| 74.                                   | ENTIDAD FEDERATIVA                        | Escribir la entidad donde vive   |
| 75.                                   | TELEFONO FIJO                             | Si tiene numero telefónico anotar en este espacio (CON LADA)   |
| 76.                                   | TELEFONO CELULAR                          | Si cuenta con celular anotar en este espacio (CON LADA)  |
| 77.                                   | CORREO ELECTRONICO                        | Escribir su correo electrónico en caso de contar con el  |
| 78.                                   | OCUPACION                                 | Colocar una X en el recuadro según corresponda a la ocupación  |
| <b>DATOS LABORALES</b>                |   |  |
| 79.                                   | NOMBRE DE LA EMPRESA                      | Anotar el nombre de la empresa donde labora (Institución, Gobierno, Particular, etc.)  |
| 80.                                   | DOMICILIO                                 | Anotar el domicilio exacto en donde labora (Calle, Numero, Colonia o Barrio)   |
| 81.                                   | CÓDIGO POSTAL                             | Anotar el código postal del domicilio del trabajo.   |
| 82.                                   | TIPO DE CONTRATO                          | Colocar una X en el recuadro que corresponda al tipo de contrato.  |
| 83.                                   | HORARIO                                   | Escribir el horario de trabajo que cubre.  |
| 84.                                   | TELÉFONO                                  | Escribir con número el teléfono del lugar de trabajo. ( CON LADA)  |
| 85.                                   | SUELDO MENSUAL NETO                       | Escribir con numero los ingresos que percibe mensualmente  |
| 86.                                   | OTROS INGRESOS                            | Escribir si percibe algún otro ingreso aparte del sueldo   |
| 87.                                   | TOTAL INGRESOS                            | Escribir el total de ingresos que percibe mensualmente   |
| 88.                                   | JEFE INMEDIATO                            | Escribir el nombre con apellidos del jefe inmediato de donde trabaja.  |
| 89.                                   | AFILIACIÓN                                | Colocar una X en el recuadro que corresponda si cuenta con alguna afiliación   |
| 90.                                   | NUMERO DE AFILIACION                      | Escribir el número de afiliación correspondiente.  |
| 91.                                   | EMPLEADO D.I.F.E.M.                       | La trabajadora social, anotara si la mama o el papa trabajan en el D.I.F.E.M. para otorgar el 50% de descuento en su cuota de recuperación.  |
| 92.                                   | TIPO DE VIVIENDA                          | Colocar una X en el recuadro que corresponda al tipo de vivienda   |
| <b>CONSTITUCION FAMILIAR ( HIJOS)</b> |   |  |
| 93<br>AL<br>100                       | CONSTITUCIÓN FAMILIAR                     | En este espacio anotaran los padres de familia los nombres de los hijos como se indica, marcando con una X el género (H) o (M) y escribir con número la fecha de nacimiento, de igual manera marcando con una X si estudia o no, su estado civil y su grado de estudios. |
| 101<br>AL<br>103                      | EN CASO DE EMERGENCIA                     | En este espacio anotaran los padres de familia tres números de referencia para en caso de emergencia poder localizarlos o dejar recado.  |
| 104.                                  | OBSERVACIONES DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL  | Rubro para trabajo social; anotara alguna observación sobre la entrevista que realice a la madre, padre y/o tutores.   |
| 105.                                  | NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR          | Escribir el nombre del padre, madre o tutor y su firma   |
| 106.                                  | NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL      | Escribir el nombre de la trabajadora social, y su firma  |
| 107.                                  | NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA ESCUELA | Escribir el nombre del director del Centro Educativo y su firma  |
| 108.                                  | FECHA DE ACTUALIZACION                    | Rubro para trabajo social; anotara la fecha en la que se realice alguna actualización de datos   |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.
- b) Que se le proporcione información sobre el desarrollo del menor.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Conducirse con veracidad en los datos que proporcione al momento de la inscripción del menor.
- b) Pagar puntualmente la cuota de recuperación.
- c) Participar en actividades, eventos y programas tales como Escuela para Padres.

**7.7 Causas de incumplimiento**

- a) Cuando se detecte que los datos manifestados por la madre o el padre de familia, no son verídicos.
- b) Cuando no sea cubierta la cuota de recuperación asignada a cada niño, durante los 5 primeros días hábiles de cada mes, entregando la ficha de depósito durante el mismo lapso de tiempo en la Dirección del Centro Educativo correspondiente.
- c) Cuando los menores no estén dentro de los rangos de edad para los niveles educativos.

**7.8 Sanciones**

- a) El incumplimiento en el pago de la cuota de recuperación será sancionado con tres días de suspensión del menor iniciando ésta a partir del séptimo día hábil; y para los periodos vacacionales de Semana Santa e invierno, la sanción será de dos días iniciando ésta a partir del quinto día hábil.
- b) En caso de que los padres o tutores no presenten la ficha de depósito sellada por el banco a más tardar el último día de suspensión (novenos o sextos día según corresponda) el niño(a) será dado de baja total.
- c) La baja temporal de los alumnos, solo es autorizada por enfermedad del menor, o permiso de gravidez de la madre, avisando oportunamente a la escuela y a la Subdirección de Administración de Centros Educativos del DIFEM, de lo contrario causa baja definitiva.

**7.9 Contraprestación del usuario**

El servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras, implica para el beneficiario una contraprestación o forma de corresponsabilidad que se cubrirá a través de:

- a) Cuota de Recuperación.
- b) Participación en acciones que favorezcan la operación del servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras, mantenimiento y mejoras de los inmuebles, ello con previa autorización de la Subdirección de Administración de Centros Educativos del DIFEM o del Departamento de Jardines, Estancias y Centros de Desarrollo Infantil del DIFEM.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio****Servicio asistencial:**

- a) El horario de servicio es de 7:00 a 16:00 horas, y se asignará a cada niño, según el horario de trabajo de sus padres.
- b) El médico del Centro Educativo deberá realizar durante la entrada de los menores una valoración para verificar el estado de salud de los mismos.
- c) El personal médico del Centro Educativo pediatra, enfermera y odontólogo, en su caso, deberán realizar el expediente clínico de cada uno de los usuarios, así como acciones preventivas de salud y aplicar el programa Club Salud del Niño.
- d) El área de apoyo psicológico deberá de integrar el expediente correspondiente al área de psicología de cada uno de los usuarios, realizar la evaluación y seguimiento del Programa de Estimulación Temprana, coordinar las actividades de Escuela para Padres y realizar la canalización de los niños con problemas de conducta, lenguaje y/o aprendizaje.
- e) Se deberá de contar y cumplir con un reglamento interno.
- f) Cada niño contará con credencial de identificación para el grupo asignado.
- g) Los padres de familia contarán con una credencial de identificación con la fotografía de las personas autorizadas para retirar al niño del Centro Educativo, misma que presentarán en la recepción y salida de los menores.
- h) Los servicios médicos y odontológicos proporcionados en los Centros Escolares deberán de funcionar con apego a los lineamientos y procedimientos establecidos por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM y a las normas oficiales dictadas por la SSA, como son: NOM-001-SSA2-1993; NOM-008-SSA2-1993; NOM-009-SSA2-1993; NOM-031-SSA2-1999; NOM-156-SSA1-1966; NOM-167-SSA1-1997; NOM-168-SSA1-1998; NOM-173-SSA1-1998; NOM-178-SSA1-1998; NOM-013-SSA-24; NOM-087-ECOL-95.



**Servicio educativo:**

- a) Las Estancias Infantiles atienden los niveles de lactantes, maternal y primero de preescolar. Los Jardines de Niños y Centros de Desarrollo Infantil operan el nivel de preescolar.
- b) Al inicio de cada ciclo escolar se deberá remitir al Departamento de Jardines, Estancias y Centros de Desarrollo Infantil, dependiente de la Subdirección de Administración de Centros Educativos del DIFEM, la relación del personal que labora en cada uno de los planteles (Plantilla de Personal).
- c) El calendario escolar de la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de México se aplica exclusivamente para la prestación del servicio educativo. El servicio asistencial se prestará con base en lo establecido por cada uno de los SMDIF, y considerando las necesidades del servicio.
- d) Se aplicará el Programa de Educación Inicial para los niveles de lactantes y maternal, de 3 meses a 2 años 11 meses, y el Programa de Educación Preescolar vigente a niños de 3, 4 y 5 años de edad.
- e) Cada auxiliar de Estancia Infantil, deberá atender de 6 a 8 niños en edad lactante (de 3 meses a 1 año 6 meses) y de 10 a 12 niños en edad maternal (de 1 año 7 meses a 2 años 11 meses).
- f) Cada grupo de preescolar atenderá de 25 a 30 niños y será atendido por una educadora y una auxiliar educativa.

**Personal:**

- a) La formación académica del personal que dirija una Estancia Infantil, será en Educación Normal (profesora en educación preescolar), Licenciado en Educación Preescolar, Inicial, Pedagogía o similar.
- b) El personal auxiliar de Estancia Infantil, deberá contar con estudios mínimos de preparatoria terminada o carrera técnica en puericultura; así como, recibir una capacitación sobre el programa tanto de estimulación temprana como de educación preescolar vigente.
- c) El personal directivo y docente de los Jardines de Niños y Centros de Desarrollo Infantil deberá de cubrir el perfil académico establecido por la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de México.
- d) El personal auxiliar de Jardines de Niños, deberá contar con estudios mínimos de preparatoria terminada o carrera técnica en puericultura; así como, recibir una capacitación sobre el programa de educación preescolar vigente.
- e) El horario del personal será de acuerdo a la organización interna de la escuela cubriendo el servicio de 7:00 a 16:00 horas.
- f) Las ausencias del personal auxiliar y docente deberán de ser cubiertas por el personal directivo del Centro Escolar.
- g) El responsable del servicio médico, será un especialista en pediatría.
- h) El responsable del servicio odontológico, será preferentemente un especialista en odontopediatría.

**Restricciones:**

- a) Los padres de los niños que presenten algún problema de salud como espasmo del sollozo, ataques epilépticos, enfermedades del corazón y otras, que pongan en riesgo su vida o integridad física, deberán firmar una carta de responsiva para ingresar a su menor hijo a cualquier Centro Educativo.
- b) No se pueden proporcionar consultas médicas, odontológicas o psicológicas a población abierta en los consultorios de los Centros Escolares, con objeto de salvaguardar la integridad física de los menores inscritos en los mismos, así como evitar infecciones cruzadas entre los usuarios de los servicios médicos u odontológicos.
- c) El uso de las instalaciones de los Centros Escolares es exclusivo para los alumnos inscritos y para la prestación de los servicios educativo y asistencial, no se deberán utilizar para otras actividades o programas.
- d) No está autorizada la compra de libros ni de trajes especiales para festivales de manera obligatoria, ni la selección y discriminación de alumnos.
- e) No está permitido fumar ni ingerir bebidas alcohólicas dentro de las instalaciones educativas.

**Proceso**

- a) Solicitud de informes y requerimientos para la inscripción en los Centros Escolares.
- b) Solicitud de acta de nacimiento del menor y carta de trabajo de los padres con horario y sueldo mensual para alumnos de nuevo ingreso.
- c) Entrega de ficha de preinscripción, y hoja de requisitos para su inscripción.
- d) Entrega documentos solicitados y en su caso ficha de preinscripción y hoja de requisitos expedida por el Plantel Educativo.
- e) Llenado y entrega de "Estudio Socioeconómico".
- f) Asignación de folio e integración del expediente del menor.
- g) Solicitud de documentos para inscripción.
- h) Recepción del menor en el centro educativo.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales del DIFEM, a través de la Subdirección de Administración de Centros Educativos.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Corresponde al DIFEM a través de las áreas responsables de la Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras:

- a) Promover la participación y coordinación con los municipios y los SMDIF, para apoyar la adecuada operación del servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras.
- b) Difundir entre los SMDIF las normas y lineamientos que regirán el desarrollo del servicio dentro del territorio.
- c) En coordinación con los SMDIF proporcionar la capacitación necesaria que requieren las auxiliares educativas y docentes que operen el Programa de Estimulación Temprana (PET) y el Programa de Educación Preescolar (PEP).
- d) Promover en coordinación con los SMDIF que docentes y auxiliares cuenten con el perfil profesional requerido y estipulado por la Secretaría de Educación y por estos Lineamientos de Operación para la puesta en práctica de los programas educativos.
- e) Garantizar que los insumos alimentarios que integren las raciones y dotaciones, cumplan con las especificaciones técnicas y normas vigentes para cada tipo de alimento.
- f) Coordinarse con la Secretaría de Educación para el seguimiento y vigilancia educativa.
- g) Realizar visitas de supervisión periódicas a los Centros Educativos Estatales y Municipales a fin de verificar el manejo adecuado del servicio Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras.
- h) Identificar las comunidades donde sea necesario la baja de algún Centro Educativo por deficiencias en su operación.

Corresponde a los SMDIF:

- a) Participar de manera conjunta con el DIFEM en el establecimiento de mecanismos y estrategias a seguir para la detección, focalización y atención de usuarios.
- b) Privilegiar acciones con un enfoque integral en los espacios físicos donde operen las Estancias Infantiles, Jardines de Niños y Centros de Desarrollo Infantil.
- c) Cumplir con lo estipulado en los presentes Lineamientos de Operación y en las Normas Oficiales Mexicanas y Normas Técnicas que resulten aplicables.
- d) Informar con oportunidad al DIFEM respecto a la operación del servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras.
- e) Realizar acciones de asesoría y seguimiento en la operación del servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras.
- f) Informar al DIFEM cuando requieran de supervisiones, asesoría y capacitación para la puesta en práctica del servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras.
- g) Informar al DIFEM sobre cualquier irregularidad que se presente en los Centros Educativos.
- h) Llevar a cabo reuniones con los padres de familia a fin de que conozcan y sigan los lineamientos del servicio de Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

- a) El DIFEM y los SMDIF deberán promover la creación de las Asociaciones de Padres de Familia en cada Centro Educativo.
- b) Las Asociaciones de Padres de Familia en cada Centro Educativo funcionarán de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Participación Social en la Educación publicado en la Gaceta del Gobierno el 14 de marzo de 2003.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

La convocatoria para las inscripciones en las estancias infantiles, jardines de niños y centros de desarrollo infantil se realiza directamente en los centros escolares, informando a los beneficiarios las fechas en las que dará inicio el proceso de inscripción.

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible el padrón de beneficiarios de conformidad con lo dispuesto en la fracción VIII del artículo 12 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

### 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El DIFEM, a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales realiza el seguimiento de los servicios asistencial y educativo mediante la figura del Supervisor Escolar, realizando supervisiones de forma periódica a fin de verificar que el personal directivo, docente y de apoyo cumpla con las funciones encomendadas, siendo el enlace entre el Departamento de Jardines, Estancias y Centros de Desarrollo Infantil del DIFEM y los Centros Educativos.

Mediante las visitas de supervisión a los Centros Educativos se vigilará el cumplimiento de la normatividad que resulte aplicable, así como la operación eficiente del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En coordinación con la Subdirección de Administración de Centros Educativos del DIFEM y el Departamento de Jardines, Estancias y Centros de Desarrollo Infantil del DIFEM se aplicarán oportunamente las medidas para corregir las irregularidades o problemas que se detecten en los planteles educativos.

Las Unidades de Apoyo dependientes de la Subdirección de Administración de Centros Educativos del DIFEM, realizarán supervisiones de forma periódica a fin de verificar que el personal administrativo y de las áreas psicológica, nutricional y de trabajo social de los Centros Educativos cumpla con las funciones encomendadas.

La supervisión de las áreas médica y odontológica se realizará a través de la Subdirección de Prevención de las Adicciones y Atención Primaria a la Salud y de la Subdirección de Servicios Comunitarios de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM, respectivamente, las cuales aplicarán sus lineamientos y establecerán la periodicidad, los formatos a utilizar y los informes de resultado y seguimiento.

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

### 14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

#### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

#### 2. Vía Internet:

A través de la página: [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

Correo Electrónico: [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

#### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

### 16. VALIDACIÓN

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
 DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
 ASISTENCIALES  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Atención Educativa a Hijos de Madres Trabajadoras, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
ESCUELA TÉCNICA DEL DIFEM****1.- DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Brindar capacitación en uno o dos años a personas mayores de 15 años en áreas como: actividades manuales, cocina, estilista, corte y confección y secretariado con horarios matutino y vespertino.

**2.- GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**Usuario:** Al Alumno inscrito en la Escuela Técnica del DIFEM.

**Cuota de inscripción:** Cantidad que debe cubrir el usuario por el pago del servicio que se brinda.

**3.- OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Mejorar la calidad de vida de los sectores en desventaja económica, formando personas autosuficientes, aptas para integrarse a la vida productiva, a través de la capacitación en diferentes áreas que les permita a corto plazo la obtención de ingresos en apoyo a la economía familiar.

**3.2 Objetivo Específico**

Capacitar al alumnado en diferentes áreas con la finalidad de autoemplearse o bien incorporarse al sector laboral de una manera más rápida elevando así su calidad de vida.

**4.- POBLACIÓN OBJETIVO**

Hombres y mujeres habitantes del Estado de México mayores de 15 años con educación básica concluida.

**5.- COBERTURA**

El servicio se otorga únicamente en la ciudad de Toluca y atiende a las delegaciones conurbadas al municipio.

**6.- SERVICIO**

**6.1 Tipo de Servicio**

Capacitación a través de las siguientes áreas en horarios matutino y vespertino.

| <b>EN UN AÑO O CON OPCIÓN A CURSAR POR MÓDULO</b> | <b>EN DOS AÑOS</b> |
|---|--------------------|
| Actividades Manuales                              | Estilista          |
| Cocina  | Corte y Confección |
|   | Secretariado       |

**6.2 Monto del servicio**

El usuario deberá aportar una cuota de recuperación por los siguientes conceptos:

- a).- Inscripción anual de \$240.00 (Doscientos cuarenta pesos 00/100 MN).
- b).- Inscripción por módulo bimestral \$90.00 (Noventa pesos 00/100 MN).

**7.- MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

**7.1 Permanencia**

Los usuarios inscritos permanecerán en el servicio hasta la conclusión de la capacitación, siempre y cuando cumplan con los lineamientos marcados por la Escuela Técnica podrán recibir diploma que avale sus estudios.

**7.2 Requisitos y criterios de selección.**

Para acceder al servicio los usuarios deberán:

- a) Ser mayor de 15 años y haber concluido la educación básica.
- b) Solicitar iniciar con el proceso de inscripción, en las instalaciones de la Escuela Técnica del DIFEM, ubicada en: Bravo Nte. No 404, Colonia Santa Bárbara, Toluca, Estado de México.
- c) Presentar en original (para cotejar) y copias de los siguientes documentos
  - Acta de Nacimiento.
  - Certificado de Secundaria (como mínimo).
  - CURP.
  - Comprobante domiciliario.
  - 6 fotografías tamaño infantil.
  - Comprobante de pago emitido por el banco por concepto de inscripción.

**7.3 Criterios de Priorización**

- a) Se dará prioridad a los usuarios que se inscriban durante los meses de agosto y septiembre ya que una vez conformados los grupos de acuerdo al cupo establecido ya no se podrán inscribir.
- b) Hombres y mujeres mayores de 15 años con educación básica concluida.

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídicos Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos



**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

Ciclo Escolar: (1) \_\_\_\_\_

| 1.-DATOS GEENERALES   |                          |  |   |                                |                      |
|---|--------------------------|--|---|--------------------------------|----------------------|
| Area a ingresar: (2)  |                          |  | Turno: (3)  |                                |                      |
| No. Matricula: (4)  |                          | No. de tarjeta referencia: (5)             |   | Fecha: (6)                     |                      |
| Reingresa a: (7)  |                          |  | Si ya estudiaste aquí, anota en que: (8)  |                                |                      |
| Como se entero de la escuela: (9)   |                          |  |   |                                |                      |
| 2.-DATOS DEL ALUMNO   |                          |  |   |                                |                      |
| Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre (S): (10)  |                          |  |   | Estado civil: (11)             | No. de hijos: (12)   |
| Edad: (13)  | Sexo:(14)                | Fecha de nacimiento (Día, mes y año): (15) |   | Teléfono particular: (16)      | Otro teléfono : (17) |
|   | M                        | F  |   |                                |                      |
| Domicilio particular (Calle, numero y colonia): (18)  |                          |  |   | Municipio: (19)                |                      |
| En caso de trabajar anote el lugar: (20)  |                          |  |   | Grado máximo de estudios: (21) |                      |
| Tiene alguna discapacidad (22)  |                          |  |   | Correo electrónico (23)        |                      |
| SI _____ NO _____ Tipo:   |                          |  |   |                                |                      |
| 3.- DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN AL INSCRIBIRSE:  |                          |  |   |                                |                      |
| <b>PRIMER INGRESO (24)</b>  |                          |  |   |                                |                      |
| <input type="checkbox"/>  | COMPROBANTE DOMICILIARIO |  | <input type="checkbox"/>  | CURP                           |                      |
| <input type="checkbox"/>  | CERTIFICADO DE ESTUDIOS  |  | <input type="checkbox"/>  | ACTA DE NACIMIENTO             |                      |
|   | OTROS _____              |  | <input type="checkbox"/>  | 6 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL  |                      |
| <b>REINGRESO (25)</b>   |                          |  |   |                                |                      |
| <input type="checkbox"/>  | BOLETA DE CALIFICACIONES |  | <input type="checkbox"/>  | 4 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL  |                      |
| <input type="checkbox"/>  | COMPROBANTE DOMICILIARIO |  | <input type="checkbox"/>  | OTROS                          |                      |
| 4.- DATOS DEL PADRE O TUTOR   |                          |  |   |                                |                      |
| Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre (S): (26)  |                          |  |   | Teléfono particular: (27)      |                      |
| Domicilio: (28)   |                          |  |   |                                |                      |
| Ocupación: (29)   |                          |  | Lugar donde trabaja: (30)   |                                |                      |
| En caso de emergencia llamar a: (31)  |                          |  | Parentesco (32)   | Teléfono (33)                  |                      |
| <b>AL FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD ME COMPROMETO A. (34)</b>  |                          |  |   |                                |                      |
| ASISTIR A CLASES CON PUNTUALIDAD<br>CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS DE LA ESCUELA.<br>OBSERVAR BUENA CONDUCTA DENTRO Y FUERA DE LA ESCUELA |                          |  | PRESTAR SERVICIOS COMUNITARIOS EN DONDE SEA REQUERIDO<br>PORTAR DIARIAMENTE BATA Y CREDENCIAL<br>JUSTIFICAR FALTAS Y RETARDOS |                                |                      |

**RESPONSABLE DE LA INSCRIPCION**

**PADRE O TUTOR Y/O ALUMNO**

Nombre y firma (35)

Nombre y firma (36)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

| No. | CAMPO                                | DESCRIPCION   |
|-----|--------------------------------------|---|
| 1   | Ciclo escolar                        | Anotar el ciclo al cual dará inicio.  |
| 2   | Área a ingresar                      | Escribir el área a la que se va a inscribir   |
| 3   | Turno                                | Anotar el turno que se desea cursar.  |
| 4   | No. de Matricula                     | Anotar el número de matrícula que le otorgue la escuela.  |
| 5   | No. de tarjeta referencial           | Anotar el número de tarjeta de referencia que le sea otorgado por la escuela.   |
| 6   | Fecha                                | Anotar el día mes y año en que se elabora el formato.   |
| 7   | Reingresa                            | Si se inscribe a segundo año, escribir en que área .  |
| 8   | Si ya fue estudiante                 | Si en algún ciclo escolar estudio, anotar en que área estuvo inscrito.  |
| 9   | Enterado                             | Anotar porque medio se entero de la existencia de la escuela.   |
| 10  | Nombre                               | Anotar el nombre completo, empezando por apellido paterno materno y nombre del alumno como se encuentra en el acta de nacimiento. |
| 11  | Estado civil                         | Anotar el estado civil (soltero, casado, unión libre, viudo (a)).   |
| 12  | Hijos                                | Si tienes hijos escribir cuantos  |
| 13  | Edad                                 | Anotar la edad con años y meses al momento de la inscripción.   |
| 14  | Sexo                                 | Escribir el sexo (masculino o femenino)   |
| 15  | Fecha de nacimiento                  | Anotar la fecha de nacimiento iniciando por día mes y año.  |
| 16  | Teléfono particular                  | Anotar el número telefónico de su domicilio con lada .  |
| 17  | Otro teléfono                        | Anotar otro número telefónico con lada donde se le puede localizar.   |
| 18  | Domicilio particular                 | Anotar calle, número y colonia de tu domicilio particular.  |
| 19  | Municipio                            | Anotar el nombre del municipio.   |
| 20  | Domicilio del trabajo                | Anotar el lugar y domicilio donde trabajas.   |
| 21  | Grado de estudios                    | Escribir el grado escolar que termino.  |
| 22  | Tiene alguna discapacidad            | Describir si tiene alguna discapacidad  |
| 23  | Correo electrónico                   | Si cuenta con correo electrónico anotarlo   |
| 24  | Documentos entregados                | Marca con una x los documentos que se entrega al inscribirse de primer ingreso.   |
| 25  | Documentos entregados de reingreso   | Marca con una x los documentos que se entrega al inscribirse de reingreso.  |
| 26  | Nombre del padre o tutor             | Anotar el nombre completo, empezando por el apellido del padre o tutor.   |
| 27  | Teléfono                             | Anotar el número telefónico con lada de su domicilio.   |
| 28  | Domicilio                            | Anotar calle, número y colonia de tu domicilio particular.  |
| 29  | Ocupación                            | Anotar la ocupación del padre o tutor.  |
| 30  | Lugar de trabajo                     | Anotar el lugar y domicilio donde trabaja.  |
| 31  | En caso de emergencia                | Anotar el nombre de la persona con la que tenemos que comunicar en caso de una emergencia   |
| 32  | Parentesco                           | Anotar el parentesco de la persona que nos comunicamos  |
| 33  | Teléfono                             | Anotar el número telefónico de persona en caso de una emergencia  |
| 34  | Al firmar la solicitud me comprometo | Deberá de acatar el lineamiento de la institución   |
| 35  | Responsable de la inscripción        | Anotar el nombre y firma del servidor público que realiza la inscripción.   |
| 36  | Padre o tutor y/o alumno             | Anotar el nombre y firma de padre madre o tutor en su caso y si es mayor de edad el alumno.                                       |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia  
del Estado de México  
Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales  
Subdirección de Administración de Centros Educativos



## ESCUELA TÉCNICA DEL DIFEM

MATRÍCULA NÚM. <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_



LA PRESENTE ACREDITA A: <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

COMO ALUMNO (A) DEL <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ AÑO DE <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

GRUPO <sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

TURNO <sup>(6)</sup> \_\_\_\_\_

VIGENCIA <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_



### DATOS DEL ALUMNO

DOMICILIO: <sup>(8)</sup> \_\_\_\_\_

TELÉFONO: <sup>(9)</sup> \_\_\_\_\_

DIRECTORA

LIC. LILIANA PICHARDO ALEMÁN <sup>(10)</sup> \_\_\_\_\_ FIRMA DEL ALUMNO (A)

Bravo Norte No. 404, Col. Santa Bárbara C.P. 50000  
Toluca, Estado de México. Tel. (01 722) 215 29 82 ó 214 50 29  
email: tecnicadifem@yahoo.com.mx

FO/201B16400/234/2013

**-INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
CREDENCIAL DE LA ESCUELA TÉCNICA DEL DIFEM  
FO/ 201B16400/234/2013

**Objetivo:** Contar con un documento que le permita a la persona identificarse como alumna o alumno de la Escuela Técnica del DIFEM.

**Distribución y Destinatario:** Original para el Alumno de la Escuela Técnica del DIFEM y copia para archivo

| No. | CONCEPTO                  | DESCRIPCIÓN   |
|-----|---------------------------|---|
| I   | Anverso<br>Matricula Num. | Escribe el número de matrícula destinada por la Subdirección de la Escuela. |



|    |                             |  |
|----|-----------------------------|--|
| 2  | La Presente Acredita (a).   | Escribir el nombre completo y apellidos de la alumna (o).  |
| 3  | Del                         | Escribir el grado que cursa.   |
| 4  | Año De                      | Escribir el nombre del taller que cursará.   |
| 5  | Grupo                       | Escribir la letra que corresponda al grupo en el que se encuentra inscrito.  |
| 6  | Turno                       | Escribir T.M si es turno matutino y T.V si es vespertino.  |
| 7  | Vigencia                    | Escribir la fecha del inicio y la fecha de término del ciclo escolar.  |
| 8  | Nombre y Firma              | Se escribirá el nombre y apellidos del Director o Directora en turno.  |
| 9  | <b>Reverso</b><br>Domicilio | Escribir el domicilio de la alumna iniciando por el nombre de la calle, número, colonia y municipio a que pertenece. |
| 10 | Teléfono                    | Escribir los números de teléfono tanto fijo como celular.  |

### 7.5 Derechos de los usuarios

- Recibir la capacitación siempre y cuando se apeguen a la normatividad de la Institución.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- Una vez inscritos los alumnos deberán asistir con regularidad y puntualidad a sus clases, cubriendo el horario que se le haya asignado, contando con una tolerancia de 10 minutos y debiendo permanecer dentro de la Institución en horas de clase.
- Portar diariamente su credencial y la bata que los identifica como alumnos de la Escuela Técnica del DIFEM.
- Contar con los materiales necesarios solicitados para el área elegida.
- Comprobar por medio de exámenes teórico-prácticos parciales y finales, los conocimientos adquiridos durante sus estudios.
- Para acreditar el ciclo escolar deberá obtener una calificación aprobatoria (6.0) y no tener más de 30 faltas por ciclo escolar.

### 7.7 Causas de incumplimiento

- Ausentarse sin notificar a la Escuela Técnica del DIFEM las razones y no se tenga ninguna información de él o ella en un máximo de 15 días.
- Acumular materias reprobadas o módulos según sea el caso.
- No haber cubierto su cuota de inscripción en las fechas establecidas.
- La no observancia de cualquiera de las obligaciones a que está sujeto el usuario.

### 7.8 Sanciones

Cancelación:

- El alumno que no asista durante una semana y no justifique sus inasistencias, será dado de baja.
- Manifiestar alguna situación de salud que le impida permanecer en la institución.
- Cuando el horario escolar interfiera con su horario laboral y no pueda solucionarlo.

### 7.9 Contraprestación del usuario

La capacitación que se brinda en la Escuela Técnica del DIFEM implica para el usuario una contraprestación o forma de corresponsabilidad que se cubrirá a través de:

- a) Pago por concepto de inscripción.
- b) Participación en acciones que favorezcan la operación del programa, así como, el mantenimiento para la conservación del inmueble, con previa autorización de la Subdirección de Administración de Centros Educativos del DIFEM.
- c) Contar con los materiales necesarios solicitados de acuerdo al área elegida.
- d) Asistir a ceremonias, actos cívicos y a servicios comunitarios a que sean convocados.
- e) Realizar servicio social (área de estilistas y secretariado).

### **7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) El usuario asistirá a las instalaciones de la Escuela Técnica del DIFEM a realizar su trámite de inscripción.
- b) Concluido el trámite de inscripción se le indicará al alumno el día que tendrá que consultar las listas para conocer el grupo en el que quedo inscrito, así como corroborar el turno y fecha de inicio de clases.
- c) El personal administrativo de la Escuela Técnica del DIFEM durante el proceso de inscripción integrará el expediente de cada alumno inscrito y conformará los grupos.
- d) El primer día de clases se confirmará que todos los alumnos hayan ingresado a su grupo, que su nombre sea el correcto, posteriormente se les dará la bienvenida y se les presentará a todo el personal.
- e) En el transcurso de la primera semana de clases se les dará un curso de inducción a la Institución, el cual contiene toda la normatividad que habrán de seguir para poder concluir de manera satisfactoria sus estudios y poder obtener su diploma.
- f) Durante todo el ciclo escolar se le brindará al alumno una atención integral, a través del área de orientación quién atiende situaciones que pudieran llegar a repercutir en el desempeño de los alumnos y cuando se trate de situaciones que trasciendan intervendrá la Subdirectora o Directora, con la finalidad de orientar y tomar la solución más acertada.
- g) Durante el ciclo escolar se cuenta con actividades que tienen como objetivo complementar la formación de los alumnos, tales como: visitas a museos, Archivo General de Gobierno, impartición de seminarios al área de estilistas, proyección de películas, pláticas del área médica, por mencionar algunas.
- h) Las profesoras llevan a cabo cinco evaluaciones bimestrales, las cuales se reportan dentro de los primeros cinco días hábiles posteriores a la evaluación, informando sobre los alumnos que acreditan o no sus materias.
- i) Para hacerse acreedor al Diploma que avala sus estudios, el usuario deberá obtener una calificación promedio mínima de 6.0 en una escala de 0 a 10 y no acumular más de 30 faltas durante el ciclo escolar.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Escuela Técnica del DIFEM".

### **8.2 Instancia Ejecutoria**

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales del DIFEM, a través de la Subdirección de Administración de Centros Educativos.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

No aplica

## **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

La Escuela Técnica del DIFEM promoverá la creación de la Sociedad de Alumnos la cual será elegida por la votación de los alumnos inscritos en la Institución.

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

La promoción se llevará a cabo mediante la distribución de volantes, carteles que se colocan en las delegaciones aledañas a la ciudad de Toluca, así como la atención de la gente que asiste a nuestras instalaciones. El proceso de inscripción se realizará directamente en las instalaciones de la Escuela Técnica del DIFEM y se les informará de manera oportuna el día de inicio de clases.

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la presentación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

### 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

### 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

### 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

#### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, lada sin costo 01800 6 96 96 96 para el interior de la República y 070 para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.

#### 2. Vía Internet

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

#### 3. Personalmente:

En la unidad de Contraloría interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

### 16. VALIDACIÓN

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
 DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
 ASISTENCIALES  
 (RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
 DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
 ADMINISTRACIÓN  
 (RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
 (RUBRICA).

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Escuela Técnica del DIFEM, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
 DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
 INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 (RUBRICA).

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MIGRANTES Y  
REPATRIADOS NO ACOMPAÑADOS  
(VERTIENTE DE ATENCIÓN)**

## **1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Brindar atención para la reincorporación al seno familiar de la población infantil y adolescente que viaja sin la compañía de un familiar adulto y se ve inmersa en problemáticas colaterales al intentar cruzar la frontera o bien, que haya sido asegurado una vez cruzado la frontera del país de forma no documentada.

## **2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación se entenderá por:

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo General**

Conjuntar esfuerzos y acciones entre las instancias de los tres órdenes de gobierno, instituciones públicas, privadas y organismos de la sociedad civil nacionales e internacionales con el fin de atender las necesidades de las niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados que viajan solos y las problemáticas colaterales a que están expuestos, a fin de reincorporarlos a sus familias.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Fortalecer la coordinación interinstitucional para la atención del fenómeno de la migración infantil y adolescente.
- Desarrollar mecanismos de coordinación eficientes entre los diferentes Sistemas Estatales y Municipales DIF, que permitan el seguimiento de las acciones de reintegración familiar y comunitaria, asegurando la dignidad de las niñas, niños y adolescentes.
- Impulsar el desarrollo de investigaciones, diagnósticos y estudios que profundicen el conocimiento sobre la migración infantil, las estructuras y dinámicas de las familias y las problemáticas colaterales vinculadas al fenómeno de la migración.
- Desarrollar acciones de promoción, difusión y defensa de los derechos de la población infantil y adolescente migrante no acompañada, fortaleciendo las tareas fundamentales de la familia como el principal espacio de protección, cuidado y apoyo.
- Promover con los SMDIF y organizaciones de la sociedad civil, el desarrollo de acciones coordinadas de prevención, atención y autogestión con las familias y las comunidades de origen de las niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados.
- Promover el diseño e implementación de metodologías y modelos de intervención local y regional para la prevención y atención integral, eficiente y diferenciada de las niñas, niños, adolescentes, familias y comunidad.
- Profesionalizar y capacitar al personal interdisciplinario en acciones de prevención y atención a la población infantil y adolescente migrante no acompañada y repatriada, sus familias y comunidades.

## **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

- a) Niñas, niños y adolescentes nacionales migrantes ó repatriados cuyo lugar de residencia sea el Estado de México.
- b) Niñas, niños y adolescentes extranjeros migrantes no acompañados detectados en el Estado de México.

La condición de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados de acuerdo a su lugar de residencia se identifican como: *locales o foráneos*.

Los locales son aquellos cuyo lugar de origen y residencia se encuentra en el mismo municipio de la frontera norte del país, por el cual intentaron cruzar hacia los Estados Unidos y en su caso fueron repatriados.

Los foráneos son aquellos que sólo transitaron por dicho municipio, siendo su lugar de origen ó residencia algún punto del país.

## **5. COBERTURA**

La Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no acompañados opera en los 125 SMDIF del Estado de México. Asimismo se tiene coordinación con los estados de la frontera norte y sur y estados de tránsito de nuestro país.

## **6. SERVICIO**

### **6.1 Tipo de servicio**

- Traslado de menores migrantes a su lugar de origen en el Estado de México.
- Reincorporación familiar realizando acciones de coordinación entre los Sistemas Estatales DIF y SMDIF, o en su caso con las instancias del extranjero, para la búsqueda y localización de familiares en los lugares de origen.
- Capacitación permanente a los servidores públicos de los SMDIF, encargados de la operación de esta acción de desarrollo social.

### **6.2. Monto del Servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social es gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM.

## **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

### **7.1 Permanencia**

El servicio se otorga a los menores de edad por única vez, ya que una vez localizados se reintegran a su entidad de origen.

### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Que el niño, niña o adolescente cuente con menos de 18 años de edad.
- b) Notificación oficial del Sistema Estatal Fronterizo o de la Autoridad Consular o Autoridad Migratoria.
- c) Que el menor se encuentre en calidad de migrante no acompañado al momento de ser detectado y asegurado.
- d) Que tengan su residencia en el Estado de México.

### **7.3 Criterios de priorización**

No aplica

### **7.4 Formatos**

No aplica

### **7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir la atención necesaria para el traslado a su lugar de origen en el Estado de México.
- b) Ser tratados con respeto, igualdad y sin dilación.

### **7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Los usuarios estarán obligados a proporcionar de manera veraz la información necesaria para la localización de sus familiares.

### **7.7 Causas de incumplimiento**

No aplica.

### **7.8 Sanciones**

No aplica

### **7.9 Contraprestación del usuario**

No aplica

### **7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) La autoridad del país extranjero de la frontera norte o sur detecta y asegura al menor de edad mexicano no acompañado y lo hace del conocimiento del Consulado.
- b) El Consulado verifica que no hayan sido violados los derechos del menor asegurado y notifica al Instituto Nacional de Migración.
- c) La autoridad extranjera entrega al menor al Instituto Nacional de Migración.
- d) El Instituto Nacional de Migración traslada al menor asegurado al módulo o albergue de tránsito de la zona fronteriza o en su caso a través de la Red de Albergues públicos y privados.

- e) El Sistema Estatal DIF y el Sistema Municipal fronterizo albergan y otorgan al menor los servicios de recepción así como los servicios básicos.
- f) El DIFEM y el SMDIF desarrollarán acciones para localizar y contactar en el Estado de México a los familiares del menor albergado, verificando el entorno familiar mediante visitas domiciliarias, valoraciones sociales y/o estudios socioeconómicos, a fin de asegurar su traslado.
- g) El DIFEM a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia con la información proporcionada por el SMDIF cita a los familiares para llevar a cabo la reintegración, levantando "Acta Circunstanciada de Entrega de Menor" anexando identificaciones y documentos que acrediten la filiación del menor con sus familiares y gestiona el traslado del menor.
- h) El DIFEM en coordinación con el Sistema Estatal y el Sistema Municipal fronterizo ratifican el traslado y aseguran la entrega del menor a sus familiares o en su caso, el ingreso a una Casa Hogar o Albergue Temporal hasta la entrega a los familiares.
- i) El SMDIF del lugar de origen del menor dará seguimiento a la reintegración del menor en el seno familiar, velando por la aplicación de los ordenamientos legales encargados de la protección de las niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados, privilegiando el interés superior del menor.

## 8. INSTANCIAS PARTICIPANTES

### 8.1 Instancia normativa

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no Acompañados (Vertiente de Atención)".

### 8.2 Instancia ejecutora

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

## 9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

El DIFEM y el SMDIF correspondiente brindarán apoyo a las niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados, a efecto de realizar los traslados al lugar de origen para reincorporarlos al seno familiar y garantizar su permanencia en el hogar, basándose en los principios siguientes:

**El Interés Superior del Niño**, se erige como un principio rector de la Convención de los Derechos del Niño y por consecuencia de la Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no Acompañados. El principio del interés superior del niño señala la primacía de los derechos de los niños y niñas sobre los intereses de terceros.

**Coordinación de esfuerzos**, puesto que en el abordaje de la problemática de los menores migrantes no acompañados, intervienen distintas instituciones públicas y privadas con diferentes ámbitos de competencia tanto municipal, estatal y federal, que conjuntarán sus esfuerzos, a fin de crear las sinergias necesarias que permitan la atención integral y adecuada de la población infantil y adolescente migrante no acompañada con la finalidad de reincorporarlas a su núcleo familiar.

**Focalización de recursos**, dado que la complejidad de la problemática, requiere establecer con puntualidad cuales son los sitios de incidencia y abordaje por el carácter multifactorial del fenómeno de la infancia y adolescencia migrante no acompañada, así como de respuestas integrales, pero diferenciadas con la concurrencia multidisciplinaria de grupos de profesionales.

Estos principios se concretan en dos momentos de trabajo:

El primero que corresponde al Sistema Nacional DIF de dar un seguimiento y monitoreo bajo una visión nacional.

El segundo corresponde a las acciones a desarrollar por cada uno de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.

La Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no Acompañados opera en los 125 Sistemas Municipales DIF del Estado de México. Asimismo, se tiene coordinación estrecha con los estados de la frontera norte, sur y estados de tránsito de nuestro país.

### De la Autoridad Consular y/o Migratoria

- a) La autoridad del país extranjero de la frontera norte o sur, en el momento de detectar y asegurar a un menor de edad mexicano no acompañado, lo hará del conocimiento del Consulado.
- b) El Consulado verificará las condiciones en que ha sido asegurado la niña, niño o adolescente y constatará que no hayan sido violados sus derechos, procediendo a notificar de la entrega del menor al Instituto Nacional de Migración.

- c) La autoridad norteamericana entregará a la niña, niño o adolescente al Instituto Nacional de Migración, tal y como se estableció en el punto indicado por los Acuerdos de Repatriación Segura y Ordenada.
- d) El Instituto Nacional de Migración trasladará y entregará a la niña, niño y adolescente al albergue o módulo definido de acuerdo a la zona fronteriza, lo que será establecido en los Acuerdos Locales de Coordinación por los Sistemas Estatales y Municipales DIF.

**Del Sistema Estatal DIF o Sistema Municipal DIF Fronterizo:**

- a) El Sistema Estatal DIF y/o Sistema Municipal DIF fronterizos a través de uno de los Módulos ó Albergues de Tránsito integrados a la estrategia, brindará la atención que constará de los siguientes servicios:

**Recepción**

- Valoración médica
- Valoración social
- Valoración psicológica
- Revisión de situación jurídica

**Básicos**

- Alojamiento
- Alimentación
- Vestido (cambio de ropa)

- b) En caso de ser necesario, el Sistema Estatal DIF y/o Sistema Municipal DIF fronterizos brindarán atención a niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados a través de la Red de Albergues Públicos y Privados.

**Del DIFEM:**

- a) Desarrollará en coordinación con los SMDIF del lugar de origen de los menores, acciones tendientes a localizar y contactar a los familiares del menor, así como verificar el entorno familiar para asegurar el traslado a su lugar de origen, para lo cual se realizarán las visitas domiciliarias y valoraciones sociales o estudios socioeconómicos correspondientes.
- b) Desarrollará en coordinación con los SMDIF del lugar de origen del menor, las acciones de prevención y fortalecimiento familiar y comunitario.
- c) A través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, brindará apoyo a los menores migrantes y repatriados no acompañados, gestionando el traslado de la frontera norte o sur de nuestro país a su lugar de origen en el Estado de México.
- d) Mantendrá coordinación con los Sistemas Estatales y Municipales DIF de las fronteras norte y sur con los de lugar de origen a fin de ratificar el adecuado traslado de la niña, niño y adolescente, dar fe de la correspondiente entrega a sus familiares o en su caso, recibirlo para su atención en alguna Casa Hogar ó Albergue Temporal, hasta su entrega a los familiares.
- e) Al momento de contar con la información de los familiares que remita el SMDIF correspondiente, los citará a efecto de llevar a cabo la reintegración al núcleo familiar básico o extenso, levantándose el acta circunstanciada correspondiente de entrega del menor con los anexos de las identificaciones y documentos que acrediten la filiación del menor con los familiares.
- f) Por conducto de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, después de realizado el traslado hacia el lugar de origen en busca de su reintegración familiar, solicitará al SMDIF correspondiente el seguimiento a la reintegración para asegurar la permanencia del menor en el seno familiar.
- g) Realizará la capacitación, orientación y asesoría al personal que integre la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia o Subprocuradurías Municipales del Estado de México, a efecto de mantenerlos actualizados sobre las temas relativos a la migración y repatriación de niñas, niños y adolescentes.
- h) En coordinación con los SMDIF, velarán por la aplicación de los ordenamientos legales encargados de la protección de las niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados, privilegiando siempre el interés superior del menor.

**Los SMDIF deberán:**

- a) Nombrar un responsable de la Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no acompañados.

- b) Recibir información por parte de los Sistemas Estatales DIF o Sistemas Municipales Fronterizos, respecto de la detección de niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados que sean originarios o tengan su residencia en el municipio, misma que notificará al DIFEM, quien procederá a realizar el trámite correspondiente.
- c) Atender las peticiones emitidas por el DIFEM relacionadas con la localización de familiares de niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados que sean originarios o que tengan su residencia en el municipio.
- d) Realizar visitas de trabajo social y estudios socioeconómicos a familiares de niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados a efecto de garantizar la adecuada reintegración del menor al seno familiar.
- e) Apoyar al DIFEM en los traslados de menores originarios o que tengan su residencia en el municipio, a efecto de colaborar en la realización de las acciones de coordinación para reincorporar a los menores al seno familiar.
- f) Realizar el seguimiento a la reincorporación familiar de la niña, niño y adolescente migrante o repatriado no acompañado, incorporándolo a los diferentes programas que operan con el propósito de ofrecerles alternativas que aseguren su permanencia en el hogar, para desalentar la migración infantil.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo 01800 6 96 96 96 para el interior de la República y 070 para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** difem@mail.edomex.gob.mx.

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
ASISTENCIALES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).



**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no Acompañados (Vertiente de Atención), publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 31 de enero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación, será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL ASESORÍA JURÍDICA Y  
PATROCINIO JUDICIAL**

**I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Proporcionar a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM servicios de orientación social, asesoría legal y asistencia jurídica mediante el patrocinio judicial de asuntos en materia de derecho familiar, así como tutelación de derechos de la población en condición de vulnerabilidad.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM.-** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF.-** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General**

Proporcionar servicios de orientación social, asesoría jurídica y asistencia legal a través del patrocinio judicial, a los sujetos de asistencia social que establece la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, para garantizar el respeto a sus derechos, instrumentando y promoviendo el establecimiento de programas institucionales y acciones para la integración de la familia.

**3.2 Objetivos Específicos**

- Brindar servicios de asesoría jurídica y patrocinio judicial a niñas, niños y adolescentes, mujeres, adultos mayores, discapacitados, y en general a personas en estado de vulnerabilidad para garantizar el respeto a sus derechos.
- Proporcionar alternativas de solución a los conflictos familiares, privilegiando la conciliación de las partes, mediante juntas o reuniones que propicien la integración familiar, la aclaración de desavenencias y en su caso, favorecer el establecimiento de obligaciones para su cumplimiento mediante convenios.
- Fomentar el establecimiento de acciones de prevención y atención multidisciplinaria a los generadores y receptores de violencia familiar, para su eventual erradicación.
- Intervenir como autoridad central en los procedimientos de Restitución Internacional de Menores, vigilando el cumplimiento de las convenciones internacionales en la materia y apoyar a la autoridad judicial en aquellos casos en que se requiera la protección del o los menores, privilegiando el interés superior de estos.

#### **4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad habitantes del Estado de México.

#### **5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México

#### **6. SERVICIO**

##### **6.1 Tipo de servicio**

- Asesoría jurídica.
- Patrocinio judicial.
- Orientación Social.
- Capacitación al personal de los SMDIF en materia de derecho familiar.
- Realización de estudios socioeconómicos para determinar si se es sujeto a la asistencia social.
- Realización de estudios de trabajo social y socioeconómicos, como auxiliar de la administración de justicia, a petición de los Jueces del Tribunal Superior de Justicia del Estado de México.
- Realización de acciones de apoyo a los Menores Migrantes y Repatriados No Acompañados, en la búsqueda y localización de familiares para su reincorporación al seno familiar.

##### **6.2 Monto del servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social consiste en proporcionar los servicios de los abogados consultores el cual será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM, sin embargo, los usuarios cubrirán los gastos que se generen con motivo del trámite de obtención de copias certificadas, devolución de documentos originales, inscripciones y anotaciones ante instancias competentes o cualquier otro análogo. Los SMDIF podrán establecer cuotas de recuperación.

#### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

##### **7.1 Permanencia**

Los usuarios que ya se encuentran recibiendo el servicio permanecerán dentro del mismo, siempre y cuando cumplan con lo establecido en los presentes lineamientos de operación.

##### **7.2 Requisitos y Criterios de Selección.**

- a) Acudir de manera personal a exponer su problemática a las oficinas de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM.
- b) Presentar Identificación Oficial (preferentemente).

##### **Además de los requisitos anteriores:**

Para recibir la asesoría jurídica:

- a) Presentar la documentación que tenga en su poder, relacionada con su problemática familiar, para su análisis jurídico.

Para recibir patrocinio judicial:

- a) Haber recibido la asesoría jurídica previa y de ser procedente, agotado la instancia conciliatoria.
- b) Firmar solicitud dirigida al Procurador de la Defensa del Menor y la Familia, para el apoyo de Patrocinio Judicial
- c) Aceptar y comprometerse a proporcionar la información y documentos necesarios para la realización del estudio socioeconómico que constate que sí es sujeto de asistencia social.
- d) Firmar carta compromiso en la que quedan establecidas las siguientes obligaciones:
  1. Acudir periódicamente y de manera personal a enterarse del seguimiento de su trámite judicial.
  2. Comprometerse a no realizar escritos o actuaciones de mutuo propio en el juicio de que es usuario del servicio de asistencia jurídica y patrocinio judicial.
  3. Acudir a firmar oportunamente, los escritos y promociones que tengan relación con el procedimiento judicial del que es usuario.
  4. Firmar las constancias de asesoría o seguimiento que emita el Sistema Electrónico de Control de Asesorías y Juicios, para que sea agregada al expediente interno.
  5. Acudir puntualmente y sin excepción a las audiencias y diligencias relacionadas con su procedimiento judicial.
  6. Cubrir los gastos que se generen con motivo del trámite de obtención de copias certificadas, devolución de documentos originales (cuya copia certificada debe obrar en autos), inscripciones o anotaciones ante la

Dirección General del Registro Civil u otras dependencias, cuya información tenga algún costo para los usuarios que se encuentren desahogando un procedimiento jurídico, así como de los traslados para diligenciar los emplazamientos, exhortos y demás promociones que tengan que presentarse ante la autoridad jurisdiccional, ya que el apoyo gratuito consiste en proporcionar los servicios institucionales del abogado consultor.

7. Proporcionar la documentación que le sea requerida para ser aportada al procedimiento jurídico.
8. En caso de que el estudio socioeconómico determine que el solicitante no es sujeto de la asistencia social, se le hará saber de manera inmediata para que asista con un abogado externo de su confianza, o bien ser referido a otra instancia que pueda proporcionarle el apoyo que requiera.

### 7.3 Criterios de priorización

Se dará prioridad en el servicio:

- a) A las personas de escasos recursos económicos.
- b) Que su problemática requiera atención inmediata.

### 7.4 Formatos

No aplica

### 7.5 Derechos de los usuarios

- a) Recibir asesoría legal.
- b) Recibir patrocinio judicial en caso de ser sujeto a la asistencia social.
- c) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

### 7.6 Obligaciones de los usuarios

- a) Proporcionar de manera veraz la información necesaria para su atención.
- b) Proporcionar la documentación que le sea requerida en tiempo y forma.

Además de las anteriores los usuarios de Patrocinio Judicial deberán:

- a) Firmar solicitud para recibir el patrocinio judicial.
- b) Aceptar y comprometerse a proporcionar la información y documentos necesarios para la realización del estudio socioeconómico que constate que sí es sujeto de asistencia social.
- c) Firmar Carta Compromiso.
- d) Cumplir con las obligaciones contraídas en la carta compromiso.
- e) Acudir puntualmente a las citas agendadas.

### 7.7 Causas de incumplimiento

- a) Proporcionar información o documentación falsa.
- b) Cuando el usuario no se conduzca con respeto y cortesía hacia el servidor público que le brinda el servicio.
- c) La no observancia de cualquiera de las obligaciones a que está sujeto el usuario.

### 7.8 Sanciones

- a) Cuando el usuario de la asesoría evidencie falta de interés para solucionar su problemática mediante las alternativas propuestas por el abogado consultor, será derivado a otra instancia para continuar con el trámite para la solución de su problemática.
- b) Cuando el usuario de asesoría jurídica no acuda a las citas o a las juntas conciliatorias dejará de recibir el apoyo por la falta de interés y podrá en su caso, ser canalizado a otra instancia para la resolución de su problemática familiar.
- c) Cuando el usuario sujeto a patrocinio judicial sea canalizado a otra instancia para la atención de su problemática familiar y no acuda sin que exista justificación o argumentos sólidos no podrá ser atendido nuevamente y solamente en casos de excepción, podrá solicitar a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM que se analicen las circunstancias que exponga a fin de que esta instancia determine lo procedente.
- d) La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM no podrá apoyar el patrocinio judicial de contestación de demanda, cuando la parte contraria se encuentre siendo apoyada por esta misma instancia.

Los usuarios dejarán de ser patrocinados por los siguientes casos:

- e) Desinterés o abandono en la tramitación del juicio por más de dos meses consecutivos.
- f) Presentar promociones realizadas de mutuo propio ante el Juzgado Familiar que conozca de su juicio sin autorización del DIFEM.
- g) Autorizar como abogados patronos a otros ajenos al DIFEM.
- h) Tener juicios ya iniciados por abogados particulares o instituciones diversas al DIFEM.
- i) Cuando su contraparte en el juicio correspondiente se encuentre siendo patrocinada por algún SMDIF o el DIFEM.

#### **7.9 Contraprestación del usuario**

- a) Acudir periódicamente y de manera personal a enterarse del seguimiento de su trámite.
- b) Presentarse en tiempo y forma en el lugar, fecha y hora en que se le requiera.

#### **7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

##### **Para Asesorías Jurídicas y Orientación Social:**

- a) El solicitante de primera vez, para recibir asesoría jurídica u orientación social, deberá acudir personalmente a las oficinas de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM, ubicadas en Av. José Vicente Villada #451 Colonia Francisco Murguía, en la Ciudad de Toluca, Estado de México, en un horario de 09:00 a 18:00 hrs., de lunes a viernes y exponer su problemática al Abogado Consultor.
- b) Se registrará en el Libro de Registro de Solicitantes de Asesorías, será dado de alta en el sistema electrónico para aperturar su expediente virtual y le será asignado al Abogado Consultor.
- c) El usuario expondrá al Abogado Consultor su problemática familiar.
- d) El Abogado Consultor levantará comparecencia y explicará al usuario sus derechos, obligaciones y consecuencias legales que se derivan del incumplimiento de las obligaciones jurídicas.
- e) El Abogado planteará y explicará las alternativas de solución a su problemática familiar.
- f) El usuario una vez recibida la asesoría u orientación social, tomará su decisión.
- g) El Abogado Consultor podrá sugerir al usuario ser referido al SMDIF, o a otra instancia gubernamental federal, estatal, municipal o privada a efecto de que pueda realizar los trámites necesarios para superar su estado de vulnerabilidad.
- h) El Abogado Consultor podrá sugerir la apertura de la etapa conciliatoria, girando hasta tres citatorios, a efecto de que las partes puedan dialogar y concederse mutuas concesiones para solucionar su problemática familiar.
- i) En la etapa conciliatoria y compareciendo las dos partes, serán informados por el Abogado Consultor respecto de la mecánica de desarrollo, se hará saber de manera directa por el usuario el motivo de la cita y dar pauta a la conciliación, por un lapso prudente de tiempo, pudiendo las partes solicitar la suspensión de la junta para que puedan definir su decisión final en otra reunión posterior, para lo cual se agendará nueva cita, dándose las partes por enteradas de ella.
- j) Si las partes llegasen a un acuerdo favorable podrán solicitar el apoyo del Abogado Consultor para la elaboración de Convenio o Acuerdo de junta conciliatoria mediante el cual diriman su problemática familiar, documento que deberá ser elaborado en los tantos necesarios con firmas autógrafas de las partes, entregando un ejemplar a cada uno, quedando para su archivo un ejemplar original en resguardo del Abogado Consultor.
- k) Si el usuario o las partes inmersas en la problemática familiar no llegasen a un acuerdo satisfactorio o no existieran condiciones para celebrar un Convenio, el usuario podrá optar por solicitar el apoyo de patrocinio judicial, o en su caso, ser canalizado a otra instancia competente, a efecto de recibir el apoyo de patrocinio judicial requerido.

##### **Para Patrocinio Judicial:**

- a) El usuario será dado de alta en el sistema electrónico para aperturar su expediente virtual y le será asignado al Abogado Consultor.
- b) El usuario expondrá al Abogado Consultor su problemática familiar.
- c) El Abogado Consultor levantará comparecencia y explicará al usuario sus derechos, obligaciones y consecuencias legales que se derivan del incumplimiento de las obligaciones legales.
- d) El Abogado planteará y explicará las alternativas de solución a su problemática familiar.

- e) El usuario una vez recibida la asesoría u orientación social, tomará su decisión.
- f) El usuario deberá ingresar solicitud escrita dirigida al Procurador de la Defensa del Menor y la Familia para el apoyo de patrocinio judicial.
- g) Entregada la solicitud en original y copia, adjuntará croquis de localización de su domicilio y se asentará de manera precisa la dirección y teléfonos para su contacto. El usuario será referido al Departamento de Valoraciones y Estudios Biopsicosociales para Adopción y Apoyo a la Familia del DIFEM para la práctica del estudio socioeconómico para determinar la viabilidad de ser sujeto de la asistencia social.
- h) El usuario deberá dar seguimiento a su solicitud, acudiendo directamente a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM para conocer si fue aceptada su solicitud o no. En caso afirmativo, le será asignado Abogado Consultor para iniciar la recopilación de documentos y elaboración de demanda o contestación de demanda, según sea el caso.
- i) El Abogado Consultor explicará al usuario el contenido de la carta compromiso y una vez enterado de los alcances jurídicos de la misma, deberá firmarla.
- j) El Abogado Consultor conformará físicamente el expediente del usuario el cual deberá iniciar con el resultado del estudio socioeconómico, la carta compromiso, demanda o contestación de la demanda, y demás promociones y copias de las diligencias que en el juicio se realicen, de tal manera que el expediente concuerde con las actuaciones del expediente del Juzgado, agregando al mismo las notas y copias de las comparecencias del usuario hasta la conclusión del procedimiento judicial.
- k) Una vez concluido el procedimiento judicial y en consecuencia, el patrocinio judicial por el Abogado Consultor, le será entregada al usuario la documentación original, quedando copia simple de esta en el expediente el cual será archivado y en resguardo del servidor público responsable.

#### **Para Capacitación a los SMDIF:**

- a) Se brindará capacitación al personal de los SMDIF que cuenten con oficinas de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (Subprocuradurías), en materia de derecho familiar, a fin de que cuenten con los elementos teóricos y prácticos que les permitan la resolución satisfactoria de las problemáticas jurídico familiares que les expongan.
- b) El o la Presidente (a) del SMDIF solicitará por escrito a la Dirección General del DIFEM la asesoría correspondiente a los abogados consultores.
- c) La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia designará al abogado consultor que proporcionará la asesoría y se acordará con el SMDIF el lugar, fecha y hora para llevarla a cabo.

### **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

#### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Asesoría Jurídica y Patrocinio Judicial".

#### **8.2 Instancia ejecutora**

La Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

### **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

#### **Corresponde al DIFEM:**

- Brindar orientación en materia jurídico familiar y patrocinio judicial en materia de alimentos, patria potestad, guarda y custodia de menores, rectificación de acta de nacimiento, reincorporación de menores, tutorías, reconocimiento o desconocimiento de hijo, estados de interdicción y adopción simple, así como de disolución del vínculo matrimonial, en los casos en que por la naturaleza de la problemática o de afectación física, emocional, económica o de cualquier otro tipo, hacia los miembros de la familia, sea necesaria su tramitación.
- Brindar capacitación, orientación y asesoría al personal de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia o Subprocuradurías, de los SMDIF, a efecto de mantenerlos actualizados sobre las reformas legislativas u otras disposiciones que les permitan solucionar los conflictos familiares de los usuarios, así como velar por la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros del grupo familiar.

- El DIFEM podrá coordinar con los SMDIF, la atención de las peticiones en materia de asesoría jurídica y patrocinio de juicios del orden familiar, que sean recibidas por cualquier medio, de acuerdo al domicilio que refieran los solicitantes, para lo cual se canalizarán a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia dependiente del SMDIF correspondiente a su domicilio, para la atención, seguimiento y conclusión del asunto; el SMDIF informará a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM la conclusión del asunto.
- El DIFEM podrá implementar las acciones que permitan fomentar el establecimiento y desarrollo de las Procuradurías o Subprocuradurías de la Defensa del Menor y la Familia de los SMDIF, dentro de su ámbito de competencia. Debiendo el SMDIF, notificar al DIFEM el cambio de titular para mantener actualizado el Directorio Estatal de Procuradores y Subprocuradores.
- El DIFEM en coordinación con los SMDIF velarán por la aplicación de los ordenamientos legales encargados de la prevención y erradicación de la violencia familiar, de la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, las mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros del grupo familiar.

**Corresponde a los SMDIF:**

- Nombrar un responsable de los programas y acciones de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia y de las Subprocuradurías, en caso de contar con ellas en el SMDIF.
- Comprometerse para la operatividad de las acciones, a designar como titular a un profesionista en Derecho con título legítimo y cédula profesional a efecto de cumplir con lo establecido en el artículo 1.95 del Código de Procedimientos Civil vigente en la Entidad y con la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.
- Atender a las personas que sean originarias o vecindadas de su municipio y que sean canalizadas por el DIFEM u otra instancia administrativa o judicial, para su atención jurídica y patrocinio judicial.
- El SMDIF podrá en términos de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, en relación con la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia", establecer cuotas de recuperación por los servicios asistenciales que brinde, atendiendo a que dichas cuotas deben estar encaminadas en beneficio de la población vulnerable y autorizadas por la Junta de Gobierno del DIFEM.
- El SMDIF podrá ser sede de las reuniones de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia, de orientación regional, que se lleven a cabo de la zona que le corresponda, con la finalidad de su capacitación y coordinación entre ellos.
- Para el establecimiento y cobro de las cuotas de recuperación por los servicios jurídico asistenciales que se brinden, deberá realizar estudio socioeconómico para determinar que las personas sean sujetas de la asistencia social.
- Impulsará la difusión sobre los servicios jurídicos que brinda y sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad, para prevenir y erradicar el maltrato, la explotación sexual comercial infantil, trata de personas en términos de la Legislación vigente.
- Atender y asesorar a las personas con discapacidad.
- Los titulares de las Procuradurías podrán asesorar jurídicamente a las personas e iniciar los procedimientos legales correspondientes de ser necesarios. El SMDIF a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM, podrá patrocinar judicialmente a los interesados en procedimientos de carácter familiar, es decir, tutorías, rectificación de actas de nacimiento, pérdidas de patria potestad, reconocimiento de paternidad y/o maternidad, alimentos, restituciones internacionales de menores o repatriación internacional de menores, adopciones simples, entre otros.
- Canalizar a los solicitantes de Certificado de Idoneidad a las oficinas de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIFEM, para que se brinde la asesoría jurídica correspondiente, y de ser procedente, la canalización al Departamento de Valoraciones y Estudios Biopsicosociales para Adopción y Apoyo a la Familia del DIFEM, para su trámite.
- Informar al DIFEM dentro de los quince días siguientes a su recepción, sobre las peticiones de apoyo jurídico en materia familiar que presentaron los interesados a dependencias gubernamentales, federales, estatales, y medios de comunicación entre otros, con la finalidad de notificar a la instancia correspondiente sobre su atención.
- Informar al DIFEM de manera mensual, tres días antes de concluir el mes, sobre las actividades que se realicen en la Procuraduría y Subprocuradurías de la Defensa del Menor y la Familia de su municipio, a efecto de actualizar la base de

datos sobre los programas jurídico asistenciales, permitiendo con ello conocer la problemática real del Estado de México por Municipio.

- El titular del SMDIF deberá depositar la información relativa a los expedientes y seguimiento de los procedimientos judiciales que se encuentren en trámite o concluidos, que fueron otorgados a los usuarios al término de su gestión, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Se establecerán en los Convenios que el DIFEM celebre con Instituciones de la Sociedad Civil Organizada.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM se darán a conocer por la Dirección de Servicios Jurídico Asistenciales y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio, de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORÍA, CONTROL Y VIGILANCIA

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo 01800 6 96 96 96 para el interior de la República y 070 para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

A través de la página: [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

Correo Electrónico: [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

## 16. VALIDACIÓN

**LIC. GUILLERMO CÉSAR CALDERÓN LEÓN**  
DIRECTOR DE SERVICIOS JURÍDICO  
ASISTENCIALES  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS  
DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Asesoría Jurídica y Patrocinio Judicial, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación, será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
APOYO ASISTENCIAL EXCEPCIONAL EMERGENTE A POBLACIÓN VULNERABLE****I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Gestión ante Organismos e Instituciones del Sector Público y Privado para la obtención de aportaciones económicas que contribuyan al pago total o parcial del apoyo asistencial requerido por el usuario tal como medicamentos, material quirúrgico, pago de cuentas hospitalarias, estudios clínicos, equipo de rehabilitación, material ortopédico, cirugías, tratamientos médicos, equipo médico y artículos de primera necesidad, preferentemente.

**2. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF:** A los Sistemas Municipales DIF del Estado de México.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo General.**

Desarrollar, promover y gestionar ante las instancias correspondientes y del sector salud acciones encaminadas a la atención de las demandas de la población en condición de desigualdad social o vulnerabilidad, que son turnadas por la Gobernatura, Presidencia y Dirección General del DIFEM.

**3.2 Objetivos Específicos.**

- Otorgar apoyo asistencial necesario a personas en condición de desigualdad social o vulnerabilidad.
- Gestionar ante los Organismos e Instituciones del Sector Público y Privado su colaboración para otorgar apoyos tales como: medicamentos, material quirúrgico, hospitalizaciones, estudios clínicos, equipo de rehabilitación, material ortopédico, cirugías, tratamientos médicos, equipo médico y artículos de primera necesidad.
- Fortalecer la participación de la sociedad civil organizada y establecer alianzas de coordinación y desarrollo.

**4. POBLACIÓN OBJETIVO**

Habitantes del Estado de México de escasos recursos económicos y/o en estado de vulnerabilidad que requieran apoyo asistencial tal como medicamentos, material quirúrgico, pago de cuentas hospitalarias, estudios clínicos, equipo de rehabilitación, material ortopédico, cirugías, tratamientos médicos, equipo médico y artículos de primera necesidad, preferentemente.

**5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México.

**6. SERVICIO****6.1 Tipo de servicio**

Gestión ante Organismos e Instituciones del Sector Público y Privado para la obtención de aportaciones económicas que contribuyan al pago total o parcial del apoyo asistencial requerido por el usuario tal como medicamentos, material quirúrgico,



pago de cuentas hospitalarias, estudios clínicos, equipo de rehabilitación, material ortopédico, cirugías, tratamientos médicos, equipo médico y artículos de primera necesidad, preferentemente.

## 6.2 Monto del servicio

El servicio otorgado es gratuito, con excepción de aquellos peticionarios que de acuerdo al resultado del estudio socioeconómico, pudieran participar con la aportación de recursos para la obtención de su apoyo asistencial.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia

La permanencia de los usuarios se dará en función del apoyo otorgado, así como el tiempo de espera para recibir el mismo, de conformidad con el trámite presupuestal y/o contable ante el proveedor y/o Institución Pública que participe.

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

- a) Oficio de solicitud dirigido al titular del DIFEM que incluya el nombre completo y firma del solicitante, tipo de apoyo requerido, en su caso el padecimiento actual, situación económica y domicilio completo (calle, número, colonia, código postal y municipio), así como número telefónico para su localización.
- b) Presentar copia de identificación oficial siempre y cuando sea la del domicilio actual; en caso de que el domicilio no sea el mismo, deberá presentar una Constancia Domiciliaria avalada por la Autoridad Municipal.
- c) Estudio socioeconómico expedido por el SMDIF del lugar de residencia y/o de la Institución de Salud con el sello original, en caso de ser necesario este podrá ser realizado por el personal designado en el Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales del DIFEM.
- d) Resumen médico, documento original en hoja membretada emitido por Institución del Sector Salud con fecha actualizada, la descripción detallada del padecimiento actual, tratamiento, costo aproximado del apoyo solicitado, en su caso, cantidad de medicamentos, número de ciclos y costo de los mismos, características específicas, (marca, modelo, medidas, etc.), nombre completo, firma y cédula profesional del médico, indicando su cargo y con el sello original de la institución.
- e) Presentar receta médica, de cualquier Institución Pública del Sector Salud, con fecha actualizada, indicando el nombre comercial del medicamento, su fórmula o sustancia activa, así como el tiempo de suministro y la duración del tratamiento y esta deberá contener el nombre completo, firma y cédula profesional del médico tratante y el sello original de la institución. En caso de medicamentos controlados se atenderán siempre y cuando el médico tratante sea especialista en Psiquiatría y la receta cumpla con los mismos requisitos.
- f) Para el caso de solicitud de apoyo de aparatos auxiliares, equipo de rehabilitación para personas con discapacidad o de material quirúrgico de alta especialidad, es necesario se obtenga de la unidad médica tratante, de dos a tres cotizaciones por escrito, en papel membretado con la razón social del proveedor.
- g) Solo se otorgará apoyo a las personas en condición de desigualdad social o vulnerabilidad que cumplan con todos los requisitos y que NO cuenten con servicio de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMyM, Seguro Popular, entre otros). Si cuenta con Seguro Popular se otorgará apoyo siempre y cuando el medicamento o servicios requeridos no los cubra el presupuesto de éste Seguro.
- h) No se podrá otorgar apoyo a solicitudes de Instituciones Médicas Privadas.
- i) En ningún caso se otorgará apoyo en efectivo.
- j) Para el caso de pagos de cuentas hospitalarias, solo se otorgará el apoyo si el hospital envía la factura correspondiente al tiempo en que el peticionario acude a solicitar el apoyo.

### 7.3 Criterios de priorización

- a) Personas en pobreza extrema
- b) Casos de urgencia

### 7.4 Formatos



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales



**FORMATO UNICO**

Oficio turnado: DG- (1)

Fecha de la entrevista: (2)

|  |  |                                      |                               |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| <b>I. DATOS PERSONALES</b>   |  |                                      |                               |
| Nombre: (3)  |  |                                      |                               |
| Apellido paterno   |  | Apellido materno                     | Nombre (s)                    |
| Domicilio: (4)   |  |                                      |                               |
| Calle  |  | No.                                  | Colonia y/o Barrio            |
| Localidad  |  | Municipio                            | No. telefónico (5)            |
| <b>II. DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE PRESENTA : (6)</b>                  |  |                                      |                               |
| Carta Solicitud: _____   |  | Resumen Médico : _____               | Estudio Socioeconómico: _____ |
| Receta _____   |  | Aplica : Si _____                    | No _____                      |
| Cotización _____   |  | Aplica : Si _____                    | No _____                      |
| Vale/Carta Compromiso _____  |  | Aplica : Si _____                    | No _____                      |
| Foto (Prótesis) _____  |  | Aplica : Si _____                    | No _____                      |
| Copia de IFE No. (7) _____   |  | Constancia domiciliaria: (8) _____   |                               |
| <b>III. ¿ CUAL ES EL MOTIVO DE LA SOLICITUD? (9)</b>                       |  |                                      |                               |
| ¿Usted es el beneficiario? Si: _____                                       |  | No : _____                           |                               |
| ¿Qué tipo de apoyo solicita? Pago de: Hospitalización: _____               |  | Parentesco: _____                    |                               |
| Material quirúrgico _____  |  | Medicamento _____                    |                               |
| Leche o complementos _____   |  | Cirugía _____                        |                               |
| Concent oxígeno _____  |  | Prótesis _____                       |                               |
| Vendas fibra de vidrio _____   |  | Quimioterapia _____                  |                               |
| Material de osteosíntesis _____  |  | Zapatos ortopéd _____                |                               |
| Tanque de oxígeno port. _____  |  | Otro: _____                          |                               |
| <b>IV. ¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGUN SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL? (10)</b> |  |                                      |                               |
| Si: _____  |  | IMSS: _____                          |                               |
| IMSS-SEGURO POPULAR: _____   |  | ISSEMYM : _____                      |                               |
| Otro (especifique): _____  |  | ISSSTE : _____                       |                               |
| Ninguno: _____   |  |                                      |                               |
| <b>V. DATOS DEL BENEFICIARIO (11)</b>                                      |  |                                      |                               |
| Nombre completo: _____   |  | Edad: (12) _____                     |                               |
| Diagnostico medico o DX: (13) _____  |  |                                      |                               |
| <b>VI. ENTREGA DE APOYO ASISTENCIAL :</b>                                  |  |                                      |                               |
| Fecha de entrega: (14) _____   |  | Apoyo proporcionado: (15) _____      |                               |
| Monto del apoyo-DIFEM: (16) _____  |  | Camara de diputados: (17) _____      |                               |
| Monto del apoyo-Benef. Pub. GEM: (18) \$ -                                 |  | Aportacion peticionario: (19) _____  |                               |
| Monto del apoyo-SMDIF: (20) \$ -   |  | Secretaria de salud, GEM: (21) _____ |                               |
| Total general: (22) \$ -   |  |                                      |                               |
| Importe con letra DIFEM: (23) _____  |  |                                      |                               |
| <b>PETICIONARIO</b>  |  |                                      |                               |
| _____<br>Nombre y firma (24)   |  |                                      |                               |
| <b>VII. OBSERVACIONES: (25)</b>  |  |                                      |                               |
|  |  |                                      |                               |
|  |  |                                      |                               |
|  |  |                                      |                               |
|  |  |                                      |                               |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**FORMATO ÚNICO PARA ENTREVISTA AL PETICIONARIO**

| NO. | CAMPO  | DESCRIPCION   |
|-----|--|---|
| 1   | OFICIO TURNADO DG  | SE DEBERA ANOTAR EL NUMERO DE TURNO DE CONTROL INTERNO, RELACIONADO CON LA SOLICITUD DE APOYO ASISTENCIAL.                          |
| 2   | FECHA DE LA ENTREVISTA                                   | ANOTAR DIA MES Y AÑO EN QUE SE HACE LA ENTREVISTA AL PETICIONARIO.  |
| 3   | NOMBRE   | SE REGISTRARÁ EL NOMBRE COMPLETO DEL PETICIONARIO, INICIANDO POR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S).                            |
| 4   | DOMICILIO  | SE ANOTARÁ EL DOMICILIO COMPLETO DEL BENEFICIARIO.  |
| 5   | TELÉFONO   | SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE TELÉFONO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PETICIONARIO.   |
| 6   | DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE PRESENTA                 | SI APLICA O NO, SE MARCARA CON UNA "X". LA DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTE EL PETICIONARIO.  |
| 7   | IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE FOLIO                         | SE REGISTRARÁ EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL QUE PRESENTA EL PETICIONARIO Y EL NÚMERO DE FOLIO DE LA MISMA.                      |
| 8   | CONSTANCIA DOMICILIARIA                                  | SE ANOTARÁ EL TIPO DE CONSTANCIA DOMICILIARIA QUE PRESENTE EL PETICIONARIO.   |
| 9   | MOTIVO DE LA SOLICITUD                                   | SE MARCARA CON UNA "X" LAS OPCIONES QUE APLIQUEN COMO MOTIVO DE LA SOLICITUD Y EN SU CASO SE DESCRIBIRÁ EL MISMO.                   |
| 10  | ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL | SE MARCARA CON UNA "X" SI EL BENEFICIARIO CUENTA CON ALGUN SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL Y EN SU CASO SE DESCRIBIRÁ EL MISMO.        |
| 11  | DATOS DEL BENEFICIARIO                                   | SE ANOTARÁ EL NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO INICIANDO POR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)                                  |
| 12  | EDAD   | SE REGISTRARÁ LA EDAD DEL BENEFICIARIO  |
| 13  | DIAGNÓSTICO MÉDICO                                       | SE DESCRIBIRÁ EL DIAGNÓSTICO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE LA NECESIDAD DEL APOYO.  |
| 14  | FECHA DE ENTREGA DEL APOYO                               | SE ANOTARÁ LA FECHA DE ENTREGA DEL APOYO, UTILIZANDO DOS DIGITOS PARA EL DIA, DOS PARA EL MES Y DOS PARA EL AÑO.                    |
| 15  | APOYO PROPORCIONADO                                      | SE DESCRIBIRÁ EL APOYO ASISTENCIAL QUE SE OTORGA.   |
| 16  | MONTO DE APOYO DIFEM                                     | SE ANOTARÁ CON NUMERO LA CANTIDAD CON LA OUE EL DIFEM APOYO AL BENEFICIARIO.  |
| 17  | MONTO DE APOYO CAMARA DE DIPUTADOS                       | SE ANOTARÁ CON NUMERO LA CANTIDAD CON LA QUE LA CAMARA DE DIPUTADOS APOYO AL BENEFICIARIO   |
| 18  | MONTO DE APOYO BENEFICIENCIA PUBLICA DEL GEM             | SE ANOTARÁ CON NUMERO LA CANTIDAD CON LA QUE LA BENEFICIENCIA PUBLICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO APOYO AL BENEFICIARIO       |
| 19  | APORTACIÓN PETICIONARIO                                  | SE ANOTARÁ CON NUMERO LA CANTIDAD QUE EL MISMO PETICIONARIO APORTÓ PARA SU APOYO.   |
| 20  | MONTO DE APOYO SISTEMA MUNICIPAL DIF                     | SE ANOTARÁ CON NUMERO LA CANTIDAD CON LA OUE EL SISTEMA MUNICIPAL DIF APOYO AL BENEFICIARIO.  |
| 21  | SECRETARIA DE SALUD DEL GEM.                             | SE ANOTARÁ CON NUMERO LA CANTIDAD QUE LA SECRETARIA DE SALUD A TRAVES DE SUS DEPENDENCIAS APORTARON PARA EL APOYO DEL BENEFICIARIO. |
| 22  | TOTAL GENERAL  | SE REGISTRARÁ CON NUMERO EL MONTO TOTAL DEL APOYO OTORGADO  |
| 23  | IMPORTE CON LETRA DIFEM                                  | SE ANOTARÁ EL IMPORTE CON LETRA CON EL QUE EL DIFEM OTORGÓ EL APOYO.  |
| 24  | NOMBRE Y FIRMA DEL PETICIONARIO                          | SE REGISTRARÁ EL NOMBRE Y LA FIRMA DEL PETICIONARIO QUE SE ENTREVISTÓ PARA OTORGARLE EL APOYO.                                      |
| 25  | OBSERVACIONES  | SE ANOTARÁN LAS OBSERVACIONES QUE RESULTEN DE LA ENTREVISTA REALIZADA AL PETICIONARIO.  |



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Apoyo Asistencial a Protección, Asesoría y Servicios Básicos



**VALE PARA OTORGAMIENTO DE APOYO ASISTENCIAL**

|                         |                  |                      |             |
|-------------------------|------------------|----------------------|-------------|
| Fecha de Expedición (d) | Beneficiario (a) | Tipo de Folio (a)    |             |
| 0                       |                  | 075                  |             |
| Cantidad Autorizada (a) | Concepto (a)     | Fecha de Emisión (a) | Importe (a) |
|                         |                  |                      | \$0.00      |
|                         |                  |                      | \$0.00      |
|                         |                  |                      | \$0.00      |
|                         |                  |                      | \$0.00      |
|                         |                  |                      | \$0.00      |
|                         |                  |                      | \$0.00      |
| Importe con letra (a)   |                  | Total (a)            |             |

RECIBÍO

AUTORIZO

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma (a))

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma (a))

Surtido con el Proveedor (a)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**VALE PARA OTORGAMIENTO DE APOYO ASISTENCIAL**

| NO. | CAMPO                   | DESCRIPCION  |
|-----|-------------------------|--|
| 1   | FECHA DE EXPEDICIÓN.    | SE REGISTRARA EL DIA MES Y AÑO EN QUE SE HACE ENTREGA DEL APOYO  |
| 2   | BENEFICIARIO            | SE ANOTARA EL NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO INICIANDO POR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)   |
| 3   | NO. DE FOLIO            | SE DEBERA ANOTAR EL NUMERO DE TURNO DE CONTROL INTERNO, RELACIONADO CON LA SOLICITUD DE APOYO ASISTENCIAL  |
| 4   | CANTIDAD AUTORIZADA     | SE ANOTARA CON NUMERO LA CANTIDAD DEL APOYO A OTORGAR AUTORIZADO   |
| 5   | CONCEPTO                | SE DESCRIBIRA EL APOYO ASISTENCIAL QUE SE OTORGA   |
| 6   | PRECIO UNITARIO         | SE ANOTARA CON NUMERO EL PRECIO UNITARIO DEL APOYO AUTORIZADO A OTORGAR  |
| 7   | IMPORTE                 | SE ANOTARA CON NUMERO EL IMPORTE POR EL CONCEPTO AUTORIZADO  |
| 8   | IMPORTE CON LETRA       | SE ANOTARA CON LETRA LA CANTIDAD DEL IMPORTE TOTAL CON LA QUE SE APOYO AL BENEFICIARIO   |
| 9   | TOTAL                   | SE REGISTRARA CON NUMERO EL TOTAL GENERAL DE LOS CONCEPTOS REGISTRADOS PARA EL OTORGAMIENTO DEL APOYO.   |
| 10  | RECIBÍO                 | SE REGISTRARA EL NOMBRE Y LA FIRMA DEL PETICIONARIO  |
| 11  | AUTORIZÓ                | SE REGISTRARA EL NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO QUE DE ACUERDO A SUS FUNCIONES, SE ENCUENTRA FACULTADO PARA LA ENTREGA DEL APOYO (JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO ASISTENCIAL A POBLACION ABIERTA Y SISTEMAS MUNICIPALES Y/O SUBDIRECTOR DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA). |
| 12  | SURTIR CON EL PROVEEDOR | SE ANOTARA EL NOMBRE DEL PROVEEDOR CON EL QUE SE SURTIRA EL APOYO AUTORIZADO A OTORGAR.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales



**FORMATO DE AUTORIZACION PARA ENTREGA DE APOYO ASISTENCIAL**

Fecha: 00/00/2000 Referencia: D/S/123

**Recibí del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México:**

Apoyo con el pago de: (Tipo de apoyo Asistencial) Con un importe de: \$

(Importe con letra) \$

**Por concepto de la atención a la solicitud de apoyo asistencial derivado de lo siguiente:**

Diagnóstico Médico(es):

Para el beneficiario (7):

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (3): Edad (4):

Domicilio (9): Calle: Número: Colonia y/o Barrio:

Localidad: Municipio:

IFE: no. (Identificación y número de folio) Teléfono (10):

Note: Este apoyo se otorga por única vez, considerando las demandas de la población que comprenden los 125 Municipios de la Entidad.

REALIZA EL TRAMITE                      RECIBE EL APOYO                      ENTREGA EL APOYO

Nombre y firma (12)                      Nombre y firma (13)                      Nombre y firma (14)

AUTORIZA

Nombre y firma (15)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE AUTORIZACION PARA ENTREGA DE APOYO ASISTENCIAL**

| NO. | CAMPO                                      | DESCRIPCION  |
|-----|--|--|
| 1   | FECHA                                      | ANOTAR DIA MES Y AÑO EN QUE SE HACE ENTREGA DEL APOYO.   |
| 2   | REFERENCIA                                 | SE DEBERÁ ANOTAR EL NÚMERO DE TURNO DE CONTROL INTERNO, RELACIONADO CON LA SOLICITUD DE APOYO ASISTENCIAL.   |
| 3   | TIPO DE APOYO ASISTENCIAL                  | SE DESCRIBIRÁ EL APOYO ASISTENCIAL QUE SE OTORGA.  |
| 4   | IMPORTE                                    | SE ANOTARÁ CON NÚMERO LA CANTIDAD CON LA QUE SE APOYO AL BENEFICIARIO.   |
| 5   | IMPORTE CON LETRA                          | SE ANOTARÁ CON LETRA LA CANTIDAD CON LA QUE SE APOYO AL BENEFICIARIO.  |
| 6   | DIAGNÓSTICO MÉDICO                         | SE DESCRIBIRÁ EL DIAGNOSTICO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE LA NECESIDAD DEL APOYO.   |
| 7   | BENEFICIARIO                               | SE ANOTARÁ EL NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO INICIANDO POR APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S).  |
| 8   | EDAD                                       | SE REGISTRARÁ LA EDAD DEL BENEFICIARIO.  |
| 9   | DOMICILIO                                  | SE ANOTARÁ EL DOMICILIO COMPLETO DEL BENEFICIARIO.   |
| 10  | IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE FOLIO           | SE REGISTRARÁ EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL QUE PRESENTA EL PETICIONARIO Y EL NUMERO DE FOLIO DE LA MISMA.   |
| 11  | TELÉFONO                                   | SE ANOTARÁ EL NÚMERO DE TELÉFONO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PETICIONARIO.  |
| 12  | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE | SE ANOTARÁ EL NOMBRE Y LA FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ATENDIÓ Y/O TRAMITÓ LA SOLICITUD DE APOYO ASISTENCIAL.  |
| 13  | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE EL APOYO    | SE REGISTRARÁ EL NOMBRE Y LA FIRMA DEL PETICIONARIO.   |
| 14  | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA EL APOYO   | SE REGISTRARÁ EL NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE DE ACUERDO A SUS FUNCIONES, SE ENCUENTRA FACULTADO PARA LA ENTREGA DEL APOYO (JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO ASISTENCIAL A POBLACION ABIERTA Y SISTEMAS MUNICIPALES Y/O SUBDIRECTOR DE GESTION ADMINISTRATIVA). |
| 15  | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA           | SE REGISTRARÁ EL NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE DE ACUERDO A SUS FACULTADES AUTORIZA EL APOYO (TITULAR DE LA UNIDAD DE PROCURACIÓN DE FONDOS).  |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- Recibir el servicio.
- Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- Cumplir en tiempo y forma con todos los requisitos mencionados en los presentes lineamientos de operación.
- Dar seguimiento puntual a su solicitud de apoyo (dentro de los 30 días hábiles siguientes a la presentación de su solicitud).

**7.7 Causas de incumplimiento**

La no observancia de cualquiera de los requisitos y obligaciones a que está sujeto el usuario.

**7.8 Sanciones**

La solicitud de apoyo será cancelada cuando el peticionario:

- No cumpla con los requisitos establecidos en tiempo y forma.
- No lleve a cabo el seguimiento correspondiente dentro de los 30 días hábiles siguientes a la presentación de su solicitud

**7.9 Contraprestación del usuario**

- Dar seguimiento a su solicitud.
- Participar en su caso con la aportación de recursos para la obtención del apoyo asistencial requerido (de acuerdo al resultado del estudio socioeconómico).

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- La solicitud del apoyo asistencial deberá ser presentada ante la Dirección General del DIFEM, la cual además deberá cumplir con los requisitos establecidos los presentes lineamientos de operación.
- El Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales atiende, controla, analiza, valora y da respuesta en su caso a las solicitudes recibidas de apoyo asistencial, considerando el requisitado del Formato de Autorización para entrega de Apoyo Asistencial.

- c) El Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales, gestiona y mantiene comunicación ante diversas instancias y del sector salud, para su colaboración económica de ser el caso, para apoyos médicos, hospitalarios, tratamientos y estudios clínicos, entre otros.
- d) Dicho Departamento, integra y/o actualiza el padrón de proveedores, de acuerdo al tipo de apoyo, así como para considerar requerimientos de cotizaciones contemplando por lo menos de dos a tres a efecto de obtener las mejores condiciones para el DIFEM.
- e) De ser necesario, el personal del Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales, realiza llamadas de localización de aquellos peticionarios que no se presentan a dar el debido seguimiento a su solicitud de apoyo asistencial, dejando constancia documental, actividad y/o de la información con la que se cuente en el expediente para tal fin; en su caso implementa bitácoras de dichas llamadas para integrar el expediente correspondiente.
- f) En caso de que el expediente de la solicitud carezca del estudio socioeconómico, se brinda el apoyo por parte del personal del Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales con el perfil de trabajadora social para la realización de éste y se integra al expediente respectivo.
- g) Cuando el usuario requiera artículos de primera necesidad el estudio socioeconómico bastará para llevar a cabo el análisis de selección y/o aceptación.
- h) En caso de resultar procedente, el apoyo se otorgará mediante la expedición de cheque nominativo a favor del prestador del servicio. En caso contrario se establecerá comunicación con el usuario para informarle.
- i) En ningún caso se otorgará apoyo en efectivo.
- j) No se podrá otorgar apoyo a solicitudes de Instituciones Médicas Privadas.
- k) Para el caso de pagos de cuentas hospitalarias, solo se otorgará el apoyo si el hospital envía la factura correspondiente al tiempo en que el peticionario acude a solicitar el apoyo.

## **8. INSTANCIAS PARTICIPANTES**

### **8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Unidad de Procuración de Fondos es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Otorgamiento de Apoyo Asistencial Excepcional Emergente a Población Vulnerable".

### **8.2 Instancia ejecutora**

La Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM a través del Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales.

## **9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

El DIFEM a través del Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales realiza las gestiones necesarias ante los Organismos e Instituciones del Sector Público y Privado para su colaboración en el otorgamiento de apoyos.

## **10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica.

## **11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Unidad de Procuración de Fondos y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## **12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## **13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

#### 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

#### 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

##### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

##### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).

**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

##### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

#### 16. VALIDACIÓN

**LIC. MICHAELLE IVONNE GONZÁLEZ JAIMES**

JEFA DE LA UNIDAD DE PROCURACIÓN DE  
FONDOS  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**

DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**

JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

#### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Apoyo Asistencial Excepcional Emergente a Población Vulnerable publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 31 de enero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
SERVICIOS FUNERARIOS**

## 1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN

Otorgar a la población servicios funerarios como venta de ataúdes, servicios de velación, traslado y cremación de cuerpos a través de la Funeraria Toluca y en los Sistemas Municipales DIF del Estado de México que cuentan con expendios funerarios.

## 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para los efectos de los presentes lineamientos de operación, se entenderá por:

**DIFEM.-** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**SMDIF.-** A los Sistema Municipales DIF del Estado de México.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo General

Apoyar a la población vulnerable de escasos recursos económicos a través del otorgamiento de servicios funerarios a bajo costo que contribuyan a la economía familiar.

### 3.2 Objetivo Específico

Brindar asistencia social a través de la promoción de los servicios funerarios otorgados por el DIFEM a la población vulnerable.

## 4. POBLACIÓN OBJETIVO

Personas de escasos recursos económicos habitantes del Estado de México.

## 5. COBERTURA

El DIFEM cuenta con una funeraria ubicada en la Ciudad de Toluca y se tienen 105 expendios municipales en 97 SMDIF.

## 6. SERVICIO

### 6.1 Tipo de servicio

Funeraria Toluca

- . Venta de ataúdes
- . Capilla en velatorio
- . Capilla en domicilio
- . Equipo de velación
- . Carroza
- . Cremación
- . Apoyo para la liberación y traslado de cuerpos
- . Apoyo para trámites en hospitales, oficialías del Registro Civil y panteones.

Expendios municipales

- Venta de ataúdes

### 6.2 Monto del servicio

El servicio se cubrirá a través de cuotas de recuperación establecidas en los Lineamientos Generales para la Captación de Ingresos Propios del DIFEM y serán comunicadas a los usuarios por el personal de la Funeraria Toluca, y en los expendios funerarios de los SMDIF se ubicarán en un lugar visible.

Derivado del Convenio General de Colaboración celebrado entre la Secretaría de Salud y el Centro Estatal de Trasplantes, a los donantes de órganos registrados se les proporcionarán los servicios funerarios de manera gratuita.

## 7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO

### 7.1 Permanencia

No aplica

### 7.2 Requisitos y criterios de selección

- a) Presentar Certificado de Defunción expedido por la Institución competente.



- b) Solicitar los servicios funerarios requeridos.
- c) Cubrir la cuota de recuperación por los servicios funerarios solicitados.

**7.3 Criterios de priorización**

No aplica

**7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
 Unidad de Procuración de Fondos  
 Subdirección de Gestión Administrativa  
 Departamento de Apoyo y Asesoría a la Atención Abierta y Sistemas Nucleados



**FUNERARIA TOLUCA**  
 AZTLAN No. 238 COL. UNIÓN TEL. 214-68-48

**CARTA PODER**

Toluca, Méx., (1) a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A: (2) \_\_\_\_\_

Por medio de la presente le otorgo al Sr. (a) (3) \_\_\_\_\_

Poder amplio, cumplido y bastante para que a mi nombre y representación pueda llevar a cabo el permiso y tramitación de Regulación Sanitaria y Acta de Defunción

Del Finado (a): (4) \_\_\_\_\_

Con destino a: (5) \_\_\_\_\_

y así mismo para que conteste las demandas y reconvencciones que se entablen en mi contra. Oponga excepciones dilatorias y perentorias. Rinda toda clase de pruebas. Reconozca firmas y documentos. Redarguya de falsos a los que se presenten por la contraria, presente testigos, vea protestar a los de la contraria y los represente y tache, articule y absuelva posiciones, recuse jueces superiores o inferiores, oiga autos interlocutorios y definitivos. Consienta de los favorables y pida revocación por contrario imperio, apele, interponga el recurso de amparo y se desista de los que interponga, pida aclaración de las sentencias, ejecute, embargue y me represente en los embargos que en contra de mi se decreten. Pida el remate de los bienes embargados, nombre peritos y recuse a los de la contraria. Asista a almonedas. Transe este juicio. Perciba valores y otorgue recibos y cartas de pago, someta al presente juicio a la decisión de los jueces. Arbitro y arbitradores gestione el otorgamiento de garantías, y en fin para que promueva todos los recursos que favorezcan mis derechos, así como para que sustituya este poder ratificando desde hoy todo lo que haga sobre este particular.

**ACEPTO EL PODER**

**OTORGANTE**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (6)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (7)

**TESTIGO**

**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (8)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (9)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
CARTA PODER**

**Objetivo:** Obtener la información para solicitar el permiso de traslado ante Regulación Sanitaria, cuando el traslado excede 100 Km.

**Distribución y destinatario:** Se elabora en original, el cual se entrega en el área de Regulación Sanitaria.

| No. | Campo                       | Descripción  |
|-----|-----------------------------|--|
| 1.  | Fecha                       | Escribir el día mes y año en el que se realiza el traslado.  |
| 2.  | Nombre                      | Anotar el nombre completo del destinatario.  |
| 3.  | Nombre del agente funerario | Señalar el nombre completo del Agente Funerario que solicita el permiso del traslado.                            |
| 4.  | Nombre del finado           | Indicar el nombre completo del finado.   |
| 5.  | Destino                     | Mencionar el nombre del municipio donde se realizará el traslado.  |
| 6.  | Acepto el poder             | Espacio destinado para colocar el nombre completo y la firma del Agente Funerario que acepta el poder.           |
| 7.  | Otorgante                   | Espacio destinado para anotar el nombre completo y la firma de la persona que otorga el poder.                   |
| 8.  | Testigo                     | Espacio destinado para escribir el nombre completo y la firma de la persona que se presenta como testigo.        |
| 9.  | Testigo                     | Espacio destinado para referir el nombre completo y la firma de la segunda persona que se presenta como testigo. |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Registros Administrativos a Población Abierta y Sistemas Municipales



**FUNERARIA TOLUCA  
ENTREGA DE CADÁVER**

Toluca, Méx., a (1) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**DIRECTOR DEL HOSPITAL (2)**

\_\_\_\_\_

**PRESENTE**

Por medio del presente solicito a usted de la manera más atenta, tenga a bien entregar a nuestro representante, el cuerpo de quien en vida llevara el nombre de: (3)

\_\_\_\_\_ para ser  
traslado a: (4) \_\_\_\_\_

Lo anterior es con la finalidad de realizar los trámites administrativos y funerarios correspondientes.

Me despido de usted agradeciéndole de antemano sus finas atenciones.

**ATENTAMENTE  
AGENTE FUNERARIO**

**Vo. Bo. ADMINISTRADOR  
DE LA FUNERARIA TOLUCA**

Nombre y firma (5)

Nombre y firma (6)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
 ENTREGA DE CADÁVER**

**Objetivo:** Obtener toda la información necesaria para liberar el cuerpo y trasladarlo.

**Distribución y destinatario.-** Se elabora en original, el cual se entrega en la oficina de trabajo social del hospital correspondiente.

| No. | Campo                                     | Descripción  |
|-----|---|--|
| 1.  | Fecha                                     | Anotar el día, mes y año en el que se requisita el formato.                            |
| 2.  | Director del Hospital                     | Escribir el nombre completo del hospital.  |
| 3.  | Nombre del finado                         | Señalar el nombre completo de la persona que fallece y el lugar donde será trasladado. |
| 4.  | traslado                                  | Deberá anotar el nombre del lugar donde será trasladado.                               |
| 5.  | Agente funerario                          | Anotar el nombre completo y firma del agente funerario                                 |
| 6.  | Vo. Bo. del administrador de la funeraria | Anotar el nombre completo y firma del administrador de la funeraria.                   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
 Unidad de Procuración de Fondos  
 Subdirección de Gestión Administrativa  
 Departamento de Adm. Asistencia a Población Adulta y Sistema Alimentario


**FUNERARIA TOLUCA**

AZTLAN No. 238 COL. UNIÓN TEL 214-68-48

**PERMISO DE CREMACIÓN**

Toluca, Méx., a (1) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Por medio de la presente otorgo a la "FUNERARIA TOLUCA DIF" poder amplio, cumplido y bastante para que a mi nombre y representación se realice **LA CREMACIÓN**, de quien en vida llevaba el nombre de: (2) \_\_\_\_\_

**OTORGANTE**
**AGENTE FUNERARIO**

 \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (3)

 \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (4)

**NOTA:** Anexar la copia de la credencial de elector del doliente.

FO201B12203/171/2012

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
PERMISO DE CREMACIÓN**

**Objetivo:** Obtener la mayor información solicitada del peticionario para el permiso de cremación.

**Distribución y destinatario.-** Se elabora en original y copia, el original se entrega al peticionario y la copia al Encargado Administrativo de la Funeraria Toluca.

| No. | Campo             | Descripción   |
|-----|-------------------|---|
| 1.  | Fecha             | En este espacio se deberá anotar la fecha de la cremación               |
| 2.  | Nombre del finado | En este espacio se deberá anotar el nombre completo del finado          |
| 3.  | otorgante         | En este espacio se deberá anotar el Nombre y Firma del Peticionario     |
| 4.  | Agente funerario  | En este espacio se deberá anotar el Nombre y Firma del Agente Funerario |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales



**FUNERARIA TOLUCA  
REPORTE DIARIO DE INGRESOS**

Fecha: (1) \_\_\_\_\_

| No. de Recibo (2) | Beneficiario (3) | Concepto (4)        | Importe (5) | TOTAL        |             |                |
|-------------------|------------------|---------------------|-------------|--------------|-------------|----------------|
|                   |                  |                     |             | Efectivo (6) | Tramite (7) | % de Apoyo (8) |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  |                     |             |              |             |                |
|                   |                  | Totales: (9)        |             |              |             |                |
|                   |                  | Ataúdes: \$ (10)    |             |              |             |                |
|                   |                  | Servicios: \$ (11)  |             |              |             |                |
|                   |                  | Gran Total: \$ (12) |             |              |             |                |

**ELABORÓ ADMINISTRACIÓN DE LA  
FUNERARIA TOLUCA**

**REVISÓ JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
APOYO ASISTENCIAL A POBLACIÓN  
ABIERTA Y SISTEMAS MUNICIPALES**

**AUTORIZÓ SUBDIRECTOR DE GESTIÓN  
ADMINISTRATIVA**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (13)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (14)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (15)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**REPORTE DIARIO DE INGRESOS**

| No. | CAMPO             | DESCRIPCION   |
|-----|-------------------|---|
| 1   | Fecha             | Se anotará el día, mes y año en que se elabora el formato.  |
| 2   | Número del recibo | Número del recibo del pago provisional.   |
| 3   | Beneficiario      | Nombre completo del beneficiario.   |
| 4   | Concepto          | Tipo de servicio.   |
| 5   | Importe           | Importe del servicio.   |
| 6   | Efectivo          | Pago en efectivo del servicio que se otorga.  |
| 7   | Trámite           | Trámite en caso de apoyo.   |
| 8   | % de Apoyo        | Porcentaje del apoyo.   |
| 9   | Totales           | Cantidad total de los servicios realizados.   |
| 10  | Ataúdes           | Costo de los ataúdes.   |
| 11  | Servicios         | Costo total de los servicios realizados.  |
| 12  | Gran Total        | Total general de los gastos generados.  |
| 13  | Elaboró           | Nombre completo y firma de la encargada (o) de la Funeraria Toluca.   |
| 14  | Reviso            | Nombre completo y firma del Jefe del Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales y/o Servicios Funerarios. |
| 15  | Autorizo          | Nombre completo y Firma del Subdirector de Gestión Administrativa.  |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Comentarios: Los datos en el formato se deben de llenar en el momento de la elaboración del formato.



**FUNERARIA TOLUCA**

**SOLICITUD DE SERVICIOS FUNERARIOS**

"...EN ESTOS MOMENTOS DIFÍCILES AYÚDANOS A SERVIRTE MEJOR..."

Folio: (1) \_\_\_\_\_

Toluca, Méx., a (2) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: (3) \_\_\_\_\_

Domicilio: (4) \_\_\_\_\_

Municipio: (5) \_\_\_\_\_ Teléfono: (6) \_\_\_\_\_

Identificación: (7) \_\_\_\_\_ No. de la identificación: (8) \_\_\_\_\_

Nombre del finado: (9) \_\_\_\_\_

**SERVICIOS FUNERARIOS SOLICITADOS: (10)**

| DESCRIPCIÓN   | PRESUPUESTO |
|---|-------------|
| Ataúd tipo:   | \$          |
| Capilla en velatorio:                                       | \$          |
| Carroza:  | \$          |
| Capilla en domicilio:                                       | \$          |
| Crematorio:   | \$          |
| Traslado al municipio de _____<br>Cuota de _____ kilómetros | \$          |
| <b>TOTAL: (11)</b>  | <b>\$</b>   |

**SOLICITANTE**

**SERVIDOR PUBLICO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (12)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (13)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
SOLICITUD DE SERVICIOS FUNERARIOS**

**Objetivo:** Obtener la mayor información solicitada del peticionario para determinar el servicio que se otorgará.

**Distribución y destinatario.-** Se elabora en original y copia, el original se entrega al peticionario y la copia al Encargado Administrativo de la Funeraria de Toluca.

| No. | Campo                  | Descripción   |
|-----|------------------------|---|
| 1.  | Folio                  | Anotar el número consecutivo.   |
| 2.  | Fecha                  | Indicar el día, mes y año en que se realiza la solicitud.                   |
| 3.  | Nombre del solicitante | Referir el nombre completo del solicitante.                                 |
| 4.  | Domicilio              | Señalar el domicilio completo donde se puede localizar al solicitante.      |
| 5.  | Municipio              | Escribir el nombre del municipio donde reside el solicitante.               |
| 6.  | Teléfono               | Registrar el número telefónico del solicitante.                             |
| 7.  | Identificación         | Mencionar el tipo de identificación que presenta el solicitante.            |
| 8.  | No. de Identificación  | Apuntar el número de la Identificación que presenta el solicitante.         |
| 9.  | Nombre del finado      | Anotar el nombre completo del finado.                                       |
| 10. | Servicios              | Señalar el tipo de servicio que se otorga.                                  |
| 11. | Total                  | Anotar los costos totales de los servicios funerarios solicitados.          |
| 12. | Solicitante            | Espacio destinado para colocar el nombre completo y firma del peticionario. |
| 13. | Servidor publico       | Anotar el nombre completo y firma del servidor público que atendió.         |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Sesión Administrativa  
Departamento de Apoyo, Asistencia y Promoción, Apertura y Atención Municipal



**RECIBO**

|  |                |
|--|----------------|
| Municipio: (1) _____   | Fecha(4) _____ |
| Recibos Nos. (2) _____   |                |
| Que corresponden al Reporte de Cuotas de Recuperación y Supervisión No.(3) _____ |                |

ENTREGÓ

RECIBIÓ

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (5)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (6)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**RECIBO**

| No. | CONCEPTO  |
|-----|---|
| 1   | NOMBRE DEL MUNICIPIO                                  |
| 2   | NUMERO DE RECIBO DE PAGO PROVISIONAL                  |
| 3   | NUMERO DE REPORTE DE VISITA DE SUPERVISION            |
| 4   | FECHA DE ENTREGA DEL RECIBO AL MUNICIPIO              |
| 5   | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR                         |
| 6   | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL EXPENDIO FUNERARIO |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
 Unidad de Procuración de Fondos  
 Subdirección de Gestión Administrativa  
 Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales



**AUTORIZACIÓN DE APOYO PARA SERVICIO FUNERARIO**

Folio: (1) \_\_\_\_\_

Nota informativa No.: (2) \_\_\_\_\_

Fecha: (3) \_\_\_\_\_

Solicitante: (4) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Solicitud No.: (5) \_\_\_\_\_ Servicio: (6) \_\_\_\_\_

Apoyo (monto): (7) \_\_\_\_\_

Observaciones: (8) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vo. Bo. DEL TITULAR DE LA UNIDAD DE  
 PROCURACIÓN DE FONDOS**

**AUTORIZÓ DIRECTOR (A) GENERAL**

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (9)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma (10)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**AUTORIZACIÓN DE APOYO PARA SERVICIO FUNERARIO**

| No. | CONCEPTO   |
|-----|--|
| 1   | NUMERO DE FOLIO DE AUTORIZACIÓN  |
| 2   | NUMERO DE NOTA INFORMATIVA   |
| 3   | FECHA DE ELABORACIÓN   |
| 4   | NOMBRE DEL SOLICITANTE   |
| 5   | NUMERO DE SOLICITUD DE APOYO   |
| 6   | TIPO DE SERVICIO BRINDADO  |
| 7   | MONTO DEL APOYO  |
| 8   | NUMERO DE RECIBO CON QUE SE BRINDO EL APOYO                              |
| 9   | Vo. Bo., CARGO, NOMBRE DEL TITULAR DE LA UNIDAD DE PROCURACIÓN DE FONDOS |
| 10  | NOMBRE Y FIRMA DE LA DIRECTORA GENERAL                                   |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales



**SUMINISTRO DE ATAÚDES**

Toluca, Estado de México, a (1) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
 Recibí del área de Servicios Funerarios del DIF Estado de México la cantidad de (2) \_\_\_\_\_  
 ataúdes.  
 Para el expendio ubicado en el municipio de (3) \_\_\_\_\_ Recibo No. \_\_\_\_\_

| Tipo<br>Medida (4)    | Cantidad (5) |       | Observaciones (6) |
|-----------------------|--------------|-------|-------------------|
|                       | Número       | Letra |                   |
| "A" 0.50 cm.          |              |       |                   |
| "A" 0.60 cm.          |              |       |                   |
| "A" 0.80 cm.          |              |       |                   |
| "A" 1.00 mts.         |              |       |                   |
| "A" 1.20 mts.         |              |       |                   |
| "A" 1.60 mts.         |              |       |                   |
| "A" 1.90 mts.         |              |       |                   |
| "AA"                  |              |       |                   |
| Especial              |              |       |                   |
| Bóveda                |              |       |                   |
| Peluche               |              |       |                   |
| Metálico              |              |       |                   |
| Económico             |              |       |                   |
| Metálico Especial     |              |       |                   |
| Reyna del cielo       |              |       |                   |
| Barnizado Italia      |              |       |                   |
| Barnizado bóveda      |              |       |                   |
| Barnizado Madrid      |              |       |                   |
| Barnizado Pastor      |              |       |                   |
| Barnizado Cruz Grande |              |       |                   |
| Tipo Tambora          |              |       |                   |
| Ecológico             |              |       |                   |
|                       |              |       |                   |

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIOS FUNERARIOS**

**ENCARGADO DEL EXPENDIO FUNERARIO**

**CHOFER**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (7)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (8)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (9)



**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**SUMINISTRO DE ATAÚDES**

| No. | CONCEPTO  |
|-----|---|
| 1   | FECHA DE ENTREGA DE ATAÚDES   |
| 2   | NUMERO DE ATAÚDES QUE SE ENTREGAN                                   |
| 3   | NOMBRE DEL MUNICIPIO  |
| 4   | DESCRIPCIÓN DEL ATAÚD SOLICITADO                                    |
| 5   | CANTIDAD CON NUMERO Y LETRA   |
| 6   | OBSERVACIONES   |
| 7   | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIOS FUNERARIOS |
| 8   | NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL EXPENDIO FUNERARIO        |
| 9   | NOMBRE Y FIRMA DEL CHÓFER QUE REALIZA LA ENTREGA DE ATAÚDES         |



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos  
Subdirección de Gestión Administrativa  
Departamento de Apoyo, Asistencial e Población Abierta y Sistemas Municipales



**SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DE ATAÚDES**

Sistema Municipal DIF de: (1) \_\_\_\_\_

H. Ayuntamiento de: (2) \_\_\_\_\_

Fecha: (3) \_\_\_\_\_

| CANTIDAD SOLICITADA (4) | DESCRIPCIÓN (5)                            | COSTO UNITARIO (6) | TOTAL (7) | OBSERVACIONES (8) |
|-------------------------|--|--------------------|-----------|-------------------|
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 50 cm.         |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 60 cm          |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 80 cm          |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 1.00 mts.      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 1.20 mts.      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 1.60 mts.      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "A" DE 1.90 mts.      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO "AA" ESPECIAL         |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO BÓVEDA PELUCHE        |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD METÁLICO ECONÓMICO                   |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD METÁLICO ESPECIAL                    |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD METÁLICO REYNA DEL CIELO             |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA BARNIZADO TIPO ITALIA      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA BARNIZADO TIPO BÓVEDA      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA BARNIZADO TIPO CRUZ GRANDE |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA BARNIZADO TIPO MADRID      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA BARNIZADO TIPO PASTOR      |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD DE MADERA TIPO TAMBORA               |                    |           |                   |
|                         | ATAÚD ECOLÓGICO CARBOARD                   |                    |           |                   |

**RESPONSABLE DEL EXPENDIO Y/O  
AUTORIDAD DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF  
Y/O H. AYUNTAMIENTO**

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE  
SERVICIOS FUNERARIOS**

**SUPERVISOR DEL PROGRAMA DE  
SERVICIOS FUNERARIOS**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (9)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (10)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (11)

FO201B12203/208/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DE ATAÚDES**

| Consecutivo | Descripción  |
|-------------|--|
| 1           | Nombre del Sistema Municipal                                       |
| 2           | Nombre del Ayuntamiento  |
| 3           | Fecha de elaboración   |
| 4           | Cantidad de ataúdes solicitada                                     |
| 5           | Descripción de ataúdes   |
| 6           | Costo unitario de ataúdes  |
| 7           | Total de la compra   |
| 8           | Observaciones  |
| 9           | Nombre y firma del responsable del expendio                        |
| 10          | Nombre y firma del responsable del Programa de Servicios           |
| 11          | Nombre y firma del supervisor del Programa de Servicios Funerarios |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir los servicios funerarios que solicite.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Solicitar el servicio
- b) Realizar pago de cuota de recuperación

**7.7 Causas de incumplimiento**

No cubrir la cuota de recuperación

**7.8 Sanciones**

Cuando el usuario no cubra la cuota de recuperación se cancelará el servicio.

**7.9 Contraprestación del usuario**

Cubrir la cuota de recuperación respectiva.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) El solicitante acudirá a la Funeraria Toluca ubicada en la calle de Aztlán No. 238, colonia Unión, Toluca, Estado de México la cual otorga servicio las 24 horas del día, los 365 días del año.
- b) El usuario especificará que tipo de servicios requiere, a través del llenado del formato "Solicitud de Servicios Funerarios", en el cual además deberá anotar su nombre y firma.
- c) El usuario deberá pagar la cuota de recuperación por los servicios solicitados.
- d) En la Funeraria Toluca el personal podrá apoyar a los usuarios para realizar gestiones de alta de cuerpos en hospitales, baja en el Registro Civil, trámites en panteones.
- e) Se podrán otorgar de manera gratuita los servicios funerarios a los solicitantes que se encuentren registrados como donantes de órganos en el Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México, presentando escrito mediante el cual el titular de éste Centro solicita el otorgamiento de los servicios funerarios sin costo.
- f) Para la compra de ataúdes en Sistemas Municipales DIF, el solicitante deberá acudir a los expendios funerarios correspondientes.

**8. INSTANCIAS PARTICIPANTES****8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Unidad de Procuración de Fondos es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Servicios Funerarios".

**8.2 Instancia ejecutora**

La Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM a través del Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales, así como los SMDIF que cuentan con expendios.

**9. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL****Corresponde al DIFEM:**

- a) Enviar a los SMDIF los tabuladores de cuotas de recuperación del ejercicio fiscal.
- b) Mantener constante comunicación con los SMDIF para proporcionarles la asistencia necesaria para el buen funcionamiento de los expendios municipales.
- c) Atender las solicitudes de adquisición de ataúdes enviadas por los SMDIF.
- d) Supervisar periódicamente los expendios funerarios de los SMDIF.

**Corresponde al SMDIF:**

- a) Nombrar mediante escrito dirigido al titular de la Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM al agente funerario o responsable del expendio en su municipio.
- b) Realizar su solicitud de adquisición de ataúdes, enviarla a la Unidad de Procuración de Fondos y realizar el pago correspondiente.

- c) Contar con la existencia suficiente de ataúdes en su expendio para no interrumpir la operación del servicio.
- d) Verificar que el expendio funerario ofrezca un ambiente confortable para los solicitantes que hacen uso de este servicio, y vigilar que el encargado del mismo otorgue atención con calidad y calidez a toda la población.
- e) Los expendios funerarios deberán contar con un espacio amplio que permita exhibir los ataúdes que se tienen en existencia de forma ordenada y cuidando la conservación de los mismos.
- f) Publicar en los expendios funerarios, en un lugar visible los costos de recuperación de los servicios otorgados.
- g) Enviar en tiempo y forma a la Unidad de Procuración de Fondos la información que le sea solicitada.

## 10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

No aplica.

## 11. MEDIOS DE DIFUSIÓN

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Unidad de Procuración de Fondos y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

## 12. TRANSPARENCIA

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

## 14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

## 15. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

### 1. Vía telefónica:

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

### 2. Vía Internet:

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

### 3. Personalmente:

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. MICHAELLE IVONNE GONZÁLEZ JAIMES**  
JEFA DE LA UNIDAD DE PROCURACIÓN DE  
FONDOS  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Servicios Funerarios, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 28 de febrero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).

---

**LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DE LA ACCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
PAGO DE IMPLANTES COCLEARES A MENORES DE EDAD DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS**

**I. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN**

Otorgar apoyo económico para el pago de implantes cocleares que beneficien a menores de edad de escasos recursos económicos.

**2. GLOSARIO DE TERMINOS**

**DIFEM:** Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**Menores de Edad:** A los niños y niñas de hasta siete años de edad.

**3. OBJETIVOS****3.1 Objetivo general**

Subsanar la sordera profunda a través del pago económico de un implante coclear, para mejorar la capacidad de audición lo más temprano posible, en los menores de edad y de escasos recursos económicos.

**3.2 Objetivo específico**

Otorgar el apoyo a los menores de edad de escasos recursos económicos que sean candidatos a recibir un implante coclear para mejorar su audición y calidad de vida, a través del pago por la adquisición del dispositivo así como de la intervención quirúrgica correspondiente.

#### **4. POBLACION OBJETIVO**

Menores de edad habitantes del Estado de México, de escasos recursos económicos, que presenten problemas auditivos y sean candidatos a recibir un implante coclear.

#### **5. COBERTURA**

Los 125 municipios del Estado de México

#### **6. SERVICIO**

##### **6.1 Tipo de servicio**

Pago del implante coclear y de la intervención quirúrgica correspondiente.

##### **6.2 Monto del Servicio**

El servicio que se brinda a través de esta acción de desarrollo social será gratuito y se cubrirá en su totalidad por el Gobierno del Estado de México, a través del DIFEM mediante el Fideicomiso Único ASI.

#### **7. MECANISMOS DE ENROLAMIENTO**

##### **7.1 Permanencia**

El servicio se brinda por única vez a los usuarios.

##### **7.2 Requisitos y criterios de selección**

- a) Solicitud de apoyo mediante escrito firmado.
- b) Copia del acta de nacimiento del menor de edad.
- c) Copia de comprobante de domicilio en el Estado de México del padre o tutor.
- d) Copia de identificación oficial con domicilio en el Estado de México del padre o tutor.

Además de los requisitos anteriores los usuarios deberán:

- a) Someterse a un diagnóstico que determine la necesidad de obtener un implante coclear.
- b) Ser diagnosticados con hipoacusia neurosensorial severa a través de potenciales evocados auditivos y emisiones otoacústicas.
- c) Tener un oído anatómicamente normal con presencia de nervio auditivo verificado a través de resonancia magnética.
- d) No tener defectos anatómicos congénitos en oído interno y medio verificado a través de tomografía computarizada.
- e) Contar con auxiliares auditivos externos por un periodo mínimo de seis meses y que no hayan registrado ganancia auditiva.
- f) Contar con terapia auditiva verbal previa y eficaz.
- g) Contar con medios para el abastecimiento posterior de refacciones, pilas y reparaciones.
- h) Habitar en comunidades con acceso adecuado a servicios médicos y terapia auditiva verbal.
- i) No tener contraindicaciones médicas que impidan una cirugía bajo anestesia general.
- j) El menor debe tener máximo siete años de edad con sordera de nacimiento prelingual (sin desarrollo del lenguaje) en caso de presentar sordera postlingual (ya con habla establecida) que demuestren terapia auditiva verbal.
- k) Vivir en una situación de pobreza, marginación, exclusión social o vulnerabilidad.
- l) No contar con ningún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, Seguro Popular, entre otros) o presentar documento oficial de la Institución médica que le corresponda, en donde informen que su prestación médica no cubre el otorgarles el implante coclear.

##### **7.3 Criterios de priorización**

Serán aceptados los casos determinados por el Comité Técnico del Fideicomiso Único ASI. En el caso de no contar con la disponibilidad de recursos en el DIFEM a través del Fideicomiso Único ASI, se propondrá a los peticionarios acudir al Hospital General Dr. Nicolás San Juan de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, en donde otorga este beneficio a menores de cinco años de edad.

##### **7.4 Formatos**



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México  
Unidad de Procuración de Fondos



**RECIBO**

Referencia: (1) \_\_\_\_\_

Fecha: (2) \_\_\_\_\_

Recibí del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México a través del Fideicomiso Único ASI, el pago de un implante coclear y de la intervención quirúrgica correspondiente por un monto de: (3) \_\_\_\_\_

Cantidad con letra (4) \_\_\_\_\_

Nombre del menor: (5) \_\_\_\_\_ edad: (6) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)

Padre o tutor: (7) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)

Domicilio: (8) \_\_\_\_\_ Teléfono (9) \_\_\_\_\_

Identificación: (10) \_\_\_\_\_

**Nota:** Por el apoyo recibido me comprometo a brindar por cuenta propia al menor, las terapias de rehabilitación necesarias que fueron indicadas, así como a cubrir todos los gastos que se generen por el mantenimiento o reparación del equipo.

**ENTREGÓ**

**RECIBIÓ**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (11)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (12)

FO201B12000/210/2013

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
RECIBO**

| No. | Campo   | Descripción   |
|-----|---|---|
| 1   | Referencia  | Anotar el número de oficio o turnado con el que se recibió la solicitud en la Unidad de Procuración de Fondos.  |
| 2   | Fecha   | Anotar el día, mes y año en que se hace entrega del apoyo.  |
| 3   | Recibí del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México... Por un monto de: | Anotar el monto del apoyo con número (dispositivo + intervención quirúrgica).   |
| 4   | Cantidad con letra  | Anotar el monto del apoyo con letra (dispositivo + intervención quirúrgica).  |
| 5   | Nombre del Menor  | Anotar el Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del menor.   |
| 6   | Edad  | Anotar los años cumplidos del menor.  |
| 7   | Padre o Tutor   | Anotar el Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del padre o tutor del menor.   |
| 8   | Domicilio   | Anotar la calle, número, localidad y municipio donde radica el menor.   |
| 9   | Teléfono  | Anotar un número telefónico donde se pueda localizar al padre o tutor del menor.  |
| 10  | Identificación  | Anotar el número de referencia de la identificación oficial que presenta el padre o tutor del menor.  |
| 11  | Entregó   | Nombre y firma del servidor público que entrega el apoyo al menor por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. |
| 12  | Recibió   | Nombre y firma o huella del padre o tutor del menor que recibe el apoyo.  |

**7.5 Derechos de los usuarios**

- a) Recibir la intervención quirúrgica y el pago por el implante coclear.
- b) Ser tratados con respeto, equidad y con base en el derecho a la no discriminación.

**7.6 Obligaciones de los usuarios**

- a) Cubrir los requisitos establecidos.
- b) El padre o tutor del usuario deberá buscar terapias de rehabilitación así como cubrir el costo del mantenimiento posterior que se deba dar al dispositivo implantado.

**7.7 Causas de incumplimiento**

- a) La falta de alguno de los requisitos establecidos.

**7.8 Sanciones**

No aplica

**7.9 Contraprestación del usuario**

El padre o tutor del usuario deberá buscar terapias de rehabilitación así como cubrir el costo del mantenimiento posterior que se deba dar al dispositivo implantado.

**7.10 Procedimiento para la entrega del servicio**

- a) El padre o tutor del menor deberá solicitar mediante escrito el apoyo en las Oficinas de la Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM, acompañado de la documentación descrita en el apartado 7.2 de los presentes lineamientos de operación. En caso de que por enfermedad o discapacidad no pueda hacerlo personalmente, deberá designar un representante mediante carta poder acompañada de un certificado expedido por una Institución oficial que acredite la circunstancia que le impide asistir.
- b) La Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM verificará que la documentación entregada cumpla con los requisitos señalados.
- c) En caso de ser correcta la documentación presentada, se solicitará se presente al menor con el especialista implantólogo coclear indicado, para que éste emita el dictamen médico de procedencia.
- d) Será facultad del Comité Técnico del Fideicomiso Único ASI aprobar el otorgamiento del servicio al menor.
- e) En caso de que el Comité Técnico del Fideicomiso Único ASI apruebe el otorgamiento del servicio, se realizará la adquisición del implante coclear y canalización a cirugía de conformidad a lo estipulado por el médico especialista.

**8. INSTANCIAS PARTICIPANTES****8.1 Instancia normativa**

El DIFEM a través de la Unidad de Procuración de Fondos es la instancia responsable de normar la acción de desarrollo social "Pago de Implantes Cocleares a Menores de Edad de Escasos Recursos Económicos".

**8.2 Instancia ejecutora**

La Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM a través del Fideicomiso Único ASI.

**9. COORDINACION INTERINSTITUCIONAL**

Corresponde al DIFEM a través del Comité Técnico del Fideicomiso Único ASI aprobar el otorgamiento del servicio a los candidatos a recibir un implante coclear, de conformidad con el diagnóstico que al efecto emita el especialista implantólogo designado por la Secretaría de Salud, mismo que deberá contar con el visto bueno del Director del Hospital para el Niño dependiente del IMIEM. Una vez aprobado, la Unidad de Procuración de Fondos del DIFEM realizará las gestiones para la adquisición del implante coclear y la canalización a cirugía del menor, de conformidad con lo establecido con el médico especialista.

**10. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

No aplica

**11. MEDIOS DE DIFUSIÓN**

Los presentes lineamientos de operación que emite el DIFEM, se darán a conocer por la Unidad de Procuración de Fondos y serán publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

**12. TRANSPARENCIA**

El DIFEM tendrá disponible la información que se genere por la prestación del servicio de conformidad con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

**13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Los responsables de ejecutar esta acción de desarrollo social en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del DIFEM serán los encargados de realizar el seguimiento y evaluación en el ámbito de su competencia.

**14. AUDITORIA, CONTROL Y VIGILANCIA.**

La auditoría, control y vigilancia de esta acción de desarrollo social estarán a cargo del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México y el Órgano de Control Interno del DIFEM.

**15. QUEJAS Y DENUNCIAS.**

Las quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos respecto de un trámite, servicio o servidor público del DIFEM, podrán ser presentadas de la siguiente manera:

**1. Vía telefónica:**

- a) **SAMTEL** Lada sin costo 01800 7 20 02 02 y 01800 7 11 58 78, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
- b) **CATGEM** Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, Lada sin costo **01800 6 96 96 96** para el interior de la República y **070** para Toluca y zona conurbada, las 24 horas del día y los 365 días del año.
- c) **DIFEM** Lada sin costo 01 800 003 43 36, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.

**2. Vía Internet:**

**A través de la página:** [www.secogem.gob.mx/SAM](http://www.secogem.gob.mx/SAM).  
**Correo Electrónico:** [difem@mail.edomex.gob.mx](mailto:difem@mail.edomex.gob.mx).

**3. Personalmente:**

En la Unidad de Contraloría Interna del DIFEM, Delegaciones Regionales de Contraloría Social y Atención Ciudadana y en la Dirección General de Responsabilidades, estas últimas de la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.

**16. VALIDACIÓN**

**LIC. MICHAELLE IVONNE GONZÁLEZ JAIMES**  
JEFA DE LA UNIDAD DE PROCURACIÓN DE  
FONDOS  
(RUBRICA).

**ISIS ROCÍO SÁNCHEZ GÓMEZ**  
DIRECTORA DE FINANZAS, PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN  
(RUBRICA).

**ING. ARMANDO MUÑOZ FLORES**  
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
(RUBRICA).

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** Publíquense los presentes Lineamientos de Operación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México denominado "Gaceta del Gobierno".

**SEGUNDO.-** Estos Lineamientos de Operación entrarán en vigor, al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" y estarán vigentes, hasta en tanto no se emitan modificaciones a los mismos.

**TERCERO.-** Los presentes Lineamientos de Operación derogan las Reglas de Operación de la Acción de Desarrollo Social Pago de Implantes Cocleares a Menores de Edad de Escasos Recursos Económicos, publicadas en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 31 de enero de 2011.

**CUARTO.-** Todo lo no previsto en los presentes Lineamientos de Operación será resuelto por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

**QUINTO.-** El otorgamiento del servicio de la presente acción de desarrollo social dependerá de la disponibilidad de recursos con que cuente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados para tal fin.

**L. en C. P. y A. P. CARITINA SAÉNZ VARGAS**  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO  
(RUBRICA).