

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ELABORÓ:

Karina Ope Rochín A.
Directora DIF

REVISÓ:

Luis Fucuy Cabrera
Titular de OCEG

AUTORIZÓ:

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

CONTENIDO

I.- INTRODUCCIÓN

II.- OBJETIVO DEL MANUAL

III.- LISTA MAESTRA

IV.- PRESENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

I.- INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Procedimientos del Sistema DIF Municipal ha sido elaborado con el propósito de estandarizar, optimizar y fortalecer las actividades y procesos administrativos y operativos de la institución. Su implementación busca garantizar la eficiencia en la prestación de los servicios, mejorar la coordinación entre las áreas y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales en beneficio de la población más vulnerable del municipio.

Este manual contiene una descripción detallada de los procedimientos clave que rigen el funcionamiento del DIF Municipal, estableciendo de manera clara las responsabilidades de cada área involucrada. Asimismo, define lineamientos y criterios que permiten un desempeño homogéneo, facilitando la capacitación del personal y asegurando la continuidad operativa ante posibles cambios organizacionales.

Para su correcta utilización, cada área deberá conocer y aplicar los procedimientos aquí descritos en el desarrollo de sus actividades diarias. La actualización del manual será responsabilidad de la coordinación administrativa del DIF Municipal, en conjunto con las áreas implicadas, y se realizará de manera periódica o cuando se detecten necesidades de mejora, cambios en la normativa aplicable o modificaciones en la estructura organizacional.

En la elaboración de este manual participaron diversas áreas del DIF Municipal, entre ellas la Dirección General, la Coordinación Administrativa, el área Jurídica, el área de Trabajo Social y los departamentos de Psicología. La colaboración interdepartamental ha permitido integrar información precisa y representativa de cada proceso, asegurando su aplicabilidad y pertinencia dentro de la institución.



Con este documento, el DIF Municipal reafirma su compromiso con la transparencia, la mejora continua y la prestación de servicios de calidad en favor de la comunidad.

II.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer, documentar y sistematizar los procedimientos administrativos y operativos del Sistema DIF Municipal con el propósito de garantizar la eficiencia en la ejecución de las funciones institucionales, asegurar el cumplimiento de la normativa vigente y optimizar la coordinación entre las distintas áreas que lo conforman.

Este manual tiene como finalidad proporcionar un instrumento normativo y de consulta que permita la estandarización de los procesos, facilitando la correcta aplicación de los procedimientos por parte del personal y contribuyendo a la mejora continua en la prestación de los servicios. Asimismo, busca fortalecer la capacitación del recurso humano, asegurando que las actividades se realicen de manera ordenada, ágil y con apego a los lineamientos institucionales, minimizando errores y promoviendo buenas prácticas administrativas.

De igual forma, este documento constituye un mecanismo para garantizar la continuidad operativa del organismo, permitiendo la adecuada ejecución de sus funciones ante eventuales cambios administrativos o estructurales. Su aplicación contribuirá al logro de los objetivos estratégicos del DIF Municipal, fomentando una cultura organizacional basada en la eficiencia, la transparencia y la mejora continua en beneficio de la comunidad.

III.- LISTA MAESTRA

H. Ayuntamiento de Cananea, Sonora

DIF

FECHA:	21/03/2025
HOJAS:	1 DE 1

CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	No. DE REVISIÓN	FECHA DE EMISIÓN
RED DE PROCESOS			
PROCEDIMIENTOS			
11-DIF-PR01	Administración de los Recursos Financieros	01	21-03-2025
11-DIF-PR02	Desayunos y Despesas	01	21-03-2025
11-DIF-PR03	Control Funerario	01	21-03-2025
11-DIF-PR04	Control de Servicios CADI	01	21-03-2025
11-DIF-PR05	Rehabilitación A Pacientes	01	21-03-2025
11-DIF-PR06	Defensa del Menor, La Familia y el Adulto Mayor	01	21-03-2025
11-DIF-PR07	Psicología	01	21-03-2025
11-DIF-PR08	Trabajo Social	01	21-03-2025
11-DIF-PR09	Ambulancia	01	21-03-2025
FORMATOS E INSTRUCTIVOS			
11-DIF-PR01-F01	Formato de Requisición	01	21-03-2025
11-DIF-PR02-F01	Formato padrón de beneficiarios	01	21-03-2025
11-DIF-PR02-F02	Formato de salida de almacén	01	21-03-2025
11-DIF-PR02-F03	Formato tarjeta Beneficiario	01	21-03-2025
11-DIF-PR03-F01	Bitácora de Servicios de Tanatopraxia	01	21-03-2025
11-DIF-PR03-F02	Recibo de Pago	01	21-03-2025
11-DIF-PR03-I01	Procesos de Embalsamiento	01	21-10-2025
11-DIF-PR04-F01	Lista de Asistencia	01	21-03-2025
11-DIF-PR04-F02	Historial Clínico	01	21-03-2025
11-DIF-PR04-F03	Formato de registro	01	21-03-2025
11-DIF-PR04-F04	Formato de ingreso	01	21-03-2025
11-DIF-PR04-F05	Formato de tarjeta de pago	01	21-03-2025
11-DIF-PR04-F06	Ficha de identificación de la niña o niño	01	29-10-2025
11-DIF-PR05-F01	Formato de Ingreso	01	21-03-2025
11-DIF-PR06-F01	Formato de Atención	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F01	Ficha de inicio menor	01	29-10-2025

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

11-DIF-PR07-F02	Carta Compromiso	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F03	Carta de Asistencia	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F04	Carta de no Asistencia	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F05	Consentimiento Informado	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F06	Justificante	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F07	Ficha inicial de Adulto	01	29-10-2025
11-DIF-PR07-F08	Entrevista Inicial Adolescente	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F01	Formato de Apoyo	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F02	Estudio Socioeconómico	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F03	Formato de Verificación Domiciliado.	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F04	Formato de referencia vecinal	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F05	Formato de verificación juzgado	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F06	Formato comprobación de verificación	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-F07	Formato estudio CADI	01	29-10-2025
11-DIF-PR09-F01	Formato Ambulancia	01	29-10-2025
ANEXOS			
11-DIF-PR01-A01	Diagrama de Flujos	01	21-03-2025
11-DIF-PR02-A01	Diagrama de Flujos	01	21-03-2025
11-DIF-PR03-A01	Diagrama de Flujos	01	21-03-2025
11-DIF-PR04-A01	Diagrama de Flujos	01	21-03-2025
11-DIF-PR05-A01	Diagrama de Flujos	01	21-03-2025
11-DIF-PR06-A01	Diagrama de Flujos	01	21-03-2025
11-DIF-PR07-A01	Diagrama de Flujos	01	29-10-2025
11-DIF-PR08-A01	Diagrama de Flujos	01	29-10-2025
11-DIF-PR09-A01	Diagrama de Flujos	01	29-10-2025

REGISTRO HISTORICO DE CAMBIOS

DIF

FECHA	23-03-2025
HOJAS	1 DE 3

CODIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	No. DE REVISION	FECHA DE EMISION	IDENTIFICACION DEL CAMBIO REALIZADO
11-DIF-PR07	PSICOLOGIA	01	25-10-25	SE AÑADIO PROCEDIMIENTO
11-DIF-PR08	TRABAJO SOCIAL	01	25-10-25	SE AÑADIO PROCEDIMIENTO
11-DIF-PR09	AMBULANCIA	01	25-10-25	SE AÑADIO PROCEDIMIENTO
11-DIF-PR01-F02	ELABORACION	01	25-10-25	SE ELIMINO FORMATO DE ORDEN DE COMPRA
11-DIF-PR01-F03	ELABORACION	01	25-10-25	SE ELIMINO FORMATO DE COMPROBACION DE GASTOS
11-DIF-PR02-F01	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE AGREGO FORMATO DE PADRON DE BENEFICIARIOS
11-DIF-PR02-F02	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE AGREGO FORMATO DE SALIDA DE ALMACEN
11-DIF-PR02-F03	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE AGREGO FORMATO DE TARJETA DE BENEFICIARIO
11-DIFPR04-F03	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE ELLIMINO BITACORA DE FILTRO
11-DIFPR04-F03	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE AGREGO POR FORMATO DE REGISTRO
11-DIF-PR04-F05	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE ELIMINO TARJETA DE PAGO
11-DIF-PR04-F04	LISTA MAESTRA	01	25-10-25	SE AGREGO FORMATO DE INGRESO
11-DIF-PR01/REV01	ELABORACION	01	25-10-25	SE CAMBIO EL OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS REALIZAR COMPRAS Y SOLICITAR PAGOS PARA LA DEPENDENCIA DIF SE ELIMINO SOLICITAR VIATICOS
11-DIF-PR02/REV01	DESCRIPCION DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	01	25-10-25	SE MODIFICO LA DESCRIPCION DE ACTIVIDADES SE AGREGO SU PADRON A ESTUDIANTES A

				BENEFICIAR
11-DIF-PR04	DESCRIPCION DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	01	25-10-25	1 RESPONSABLE 1.1 RESPONSABLE 1.2 RESPONSABLE SE MODIFICO DE JEFE DE CADI A COORDINADORA DE CADI
11-DIFPR04-A01	DIAGRAMA DE FLUJO CADI	01	25-10-25	SE MODIFICO DIAGRAMA DE FLUJO
11-DIF-PR03-F01	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS	01	23-10-25	11-DIF-PR03-I01 SE CAMBIO EL NOMBRE DEL PROCESO DE EMBALSAMIENTO A BITACORA DE SERVICIO TANATOPRAXIA
11-DIF-PR06-F01	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS	01	25-10-25	SE AGREGO FORMATO DE ATENCION
11-DIF-PR03-F01	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS	01	25-10-25	SE AGREGO EL PROCESO DE EMBALSAMIENTO
11-DIF-PR04	INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO	01	25-10-25	SE AGREGO A LA LISTA FICHA DE IDENTIFICACION

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR01/Rev.01

FECHA DE EMISIÓN: 21/03/2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Realizar compras y solicitar pagos para la dependencia DIF.

II.- ALCANCE

Este proceso aplica para todas las necesidades de las áreas de DIF

III.- DEFINICIONES

Requisición: Formato utilizado para la adquisición de mercancías, que contiene fecha, atención, cantidad y la descripción de la mercancía.

Proveedor: Empresa dedicada a surtir productos o servicios.

Oficio: Documento oficial en el cual se plasma una solicitud incluye a quien va dirigido, numero de oficio, fecha, contenido y firma de quien lo envía.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de la Administración Pública Municipal.

Código de Ética.

Plan Municipal de Desarrollo.

Lineamiento para la Elaboración de Manual de Procedimiento de la Administración Pública Municipal.

V.- POLITICAS

Recibir solicitud verbal de las necesidades de DIF. Solicitar revisión y firma de autorización a Dirección DIF y enviar formato de requisición a tesorería municipal.

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo

11-DIF-PR01-F01/REV.01

Nombre del Formato/Instructivo

Formato de Requisición.

VII.- ANEXOS

Clave de anexo

11-DIF-PR01-A01/Rev.01

Nombre

Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Realizar Compras.	
1.1	Administración Financiera	Recibe información verbal sobre la adquisición de productos o servicios y viáticos.	
1.2	Administración Financiera	Llena formato de requisición	Formato de Requisición 11-DIF-PR02-F01/REV.01
1.3	Dirección DIF	Aprueba y Firma.	Formato de Requisición 11-DIF-PR02-F01/REV.01
1.4	Tesorería	Realiza cotización del material.	
1.5	Tesorería	Adquiere el producto o servicio.	
2		Recibir compras.	
2.1	Administración Financiera	Recibe compra y/o servicio	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró

Karina Gpe Rochin A
Directora DIF

Revisó

Luis Fucny Cabrera
Titular de OCEG

Aprobó

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

11-DIF-PR01

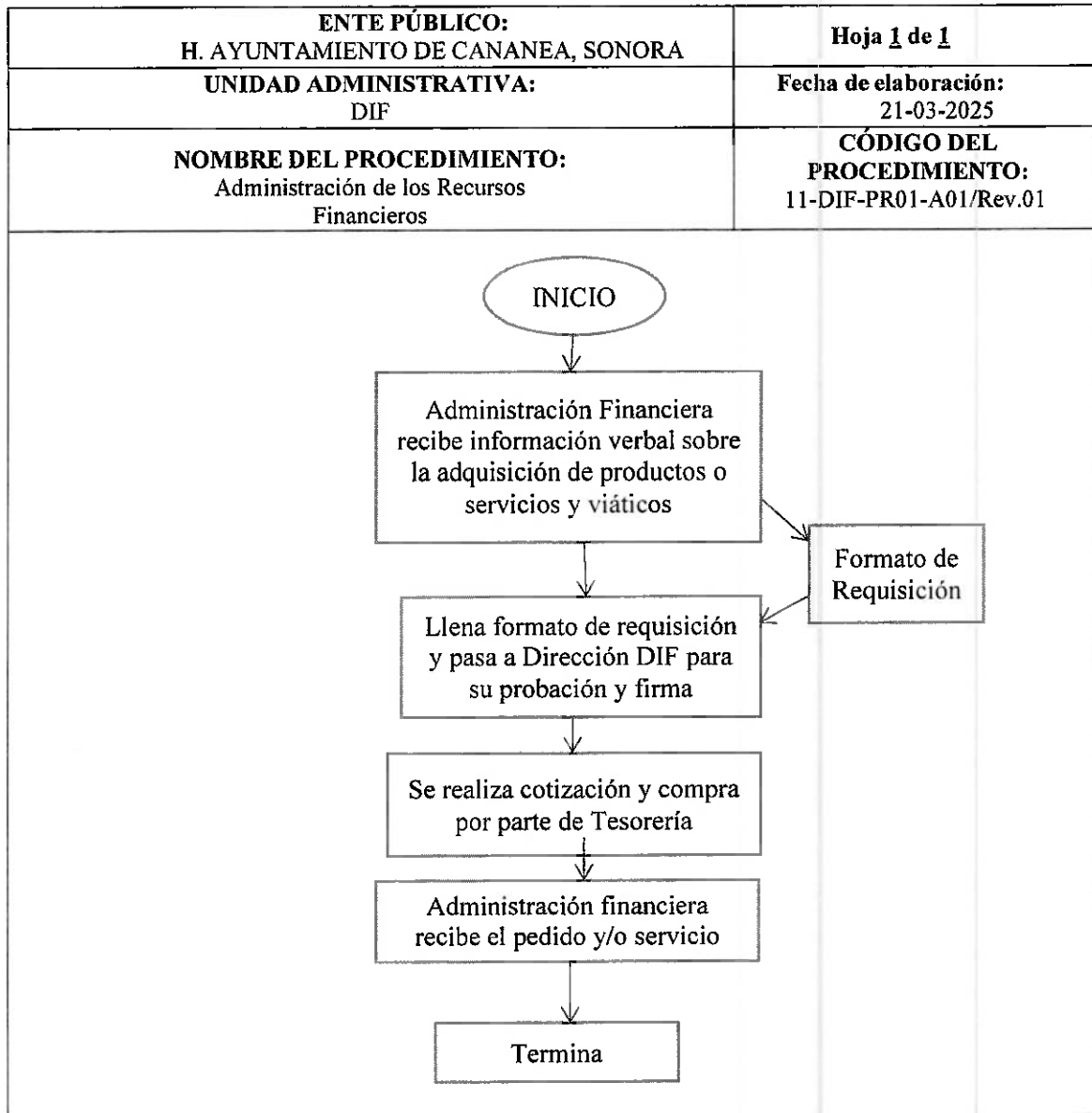
11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

Desarrollo Integral de la Familia

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACION FINANCIERA			HOJA 1 DE 1			
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR01/Rev.01			FECHA DE ELABORACIÓN: 23-10-25			
NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Formato de requisición	Administrador financiero	Papel	3 años	DIF Municipal	Archivo Local

DIAGRAMA DE FLUJO



VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS.	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR01/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Recibe información verbal sobre la adquisición de productos o servicios y viáticos?			
2	¿ Llena formato de requisición?			
3	¿ Aprueba y Firma la compra?			
4	¿ Realiza cotización del material?			
5	¿ Recibe compra y/o servicio?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS.	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR01/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-25

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			

11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador



Requisición para Materiales y/o Servicios

Dependencia:

[illegible]

AUTORIZADO

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DESAYUNOS y DESPENSAS

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR02/Rev.01

FECHA DE EMISIÓN: 21-03-2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Recibir y entregar los Desayunos Escolares a todas las escuelas públicas de nivel básico, de igual forma las despensas a la población vulnerable registrada en el padrón.

II.- ALCANCE

Este procedimiento aplica para todas las escuelas de educación básica que lo soliciten, para estudiantes más vulnerables. En lo referente a despensas para la población vulnerable (adulto mayor, personas con alguna discapacidad y madres solteras con hijos en edad escolar)

III.- DEFINICIONES

Padrón: Es un documento en el que se relacionan las personas, incluye sus datos básicos (nombre, domicilio, teléfono y CURP)

Beneficiarios: Personas a las que les llega el recurso en especie

Distribución: Es la acción de entregar algo entre varias personas.

CURP: Clave Única de Registro de Población

PDE: Programa de Desayunos escolares

PAASV: Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables

1000 DIAS: Programa de asistencia alimentaria para los primeros mil días de vida.

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

IV.- REFERENCIAS

Reglas de Operación, Programa de desayunos Escolares (PDE)

Reglas de Operación, Programa de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables (PAASV)

Reglamento de la Administración Municipal.

Ley de Gobierno y Administración Municipal.

V.- POLITICAS

Desayunos: Las escuelas presentan las listas escolares del ciclo en curso, la cual se ingresa a la plataforma digital: alimentarios.difson.gob.mx se requiere de una contraseña que es proporcionada por el Departamento de Desayunos y Despensas de DIF Sonora. (Distribución para cada escuela es enviada por DIF Sonora en la misma plataforma).

Despensas. Presentar Curp, Identificación Oficial, comprobante de domicilio y credencial de discapacidad en su caso. Se realiza estudio socioeconómico se hace una selección y se sube a la plataforma alimentarios.difson.gob.mx (padrón es enviado por DIF Sonora en la misma página). A cada beneficiario se le entrega una tarjeta la cual tiene validez por un año

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo
11-DIF-PR02-F01

Nombre del Formato/Instructivo
Formato padrón de beneficiarios

11-DIF-PR02-F02
11-DIF-PR02-F03

Formato de salida de almacén
Formato de tarjeta de beneficiarios

VII.- ANEXOS

Clave de anexo

11-DIF-PR02-A01/Rev.01

Nombre

Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		INTEGRACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA ENTREGA DE DESPENSAS	
1.1	Área de Desayunos y Despensas	Recibe Padrón de Beneficiarios para entrega de Despensas	
1.2	Área de Desayunos y Despensas	Emite elaboración de tarjetas para cada Beneficiario	Tarjeta de Beneficiario 11-DIF-PR02-F03
2		ENTREGA DE DESPENSAS	
2.1	Área de desayunos y Despensas	Cita a Beneficiarios para entrega de Despensas	
2.2	Área de Desayunos y Despensas	Entrega Despensa y Tarjeta de Beneficiario y huella	Formato Padrón de beneficiarios 11-DIF-PR02-F01
2.3	Área de Desayunos y Despensas	Solicita firma del Beneficiario	Listado de Beneficiarios/Despensa
2.4	Área de Desayunos y Despensas	Se identifican tarjetas no recogidas para reasignación de beneficiario.	Tarjeta de Beneficiario 11-DIF-PR02-F03
3		INTEGRACION DE BENEFICIARIOS PARA ENTREGA DE DESAYUNOS ESCOLARES	
3.1	Área de desayunos y Despensas	Solicita a cada Escuela Pública de nivel Básico (Preescolar, Primaria y Secundaria) CURP de cada estudiante inscrito. Su padrón de estudiantes a beneficiar.	El listado de estudiantes en donde se señala los alumnos inscritos al programa a beneficiar.
3.2	Área de Desayunos y Despensas	Captura CURP	Plataforma Alimentarios.difson.gob.mx

4		ENTREGA DE DESAYUNOS	
4.1	Área de Desayunos y Despensas	Obtiene la Distribución de Desayunos del portal	www.alimentarios.difson.gob.mx
4.2	Área de Desayunos y Despensas	Entrega Desayunos a cada Escuela Pública de educación Básica (Preescolar, Primaria y Secundaria); recaba firma/sello y se archiva.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró


Karina Gpe Rochin A
Directora Dif

Revisó


Luis Fucuy Cabrera.
Titular de OCEG

Aprobó

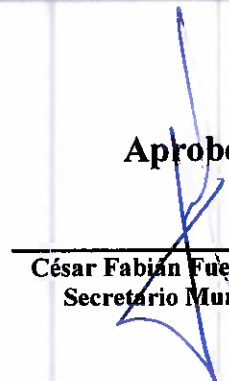
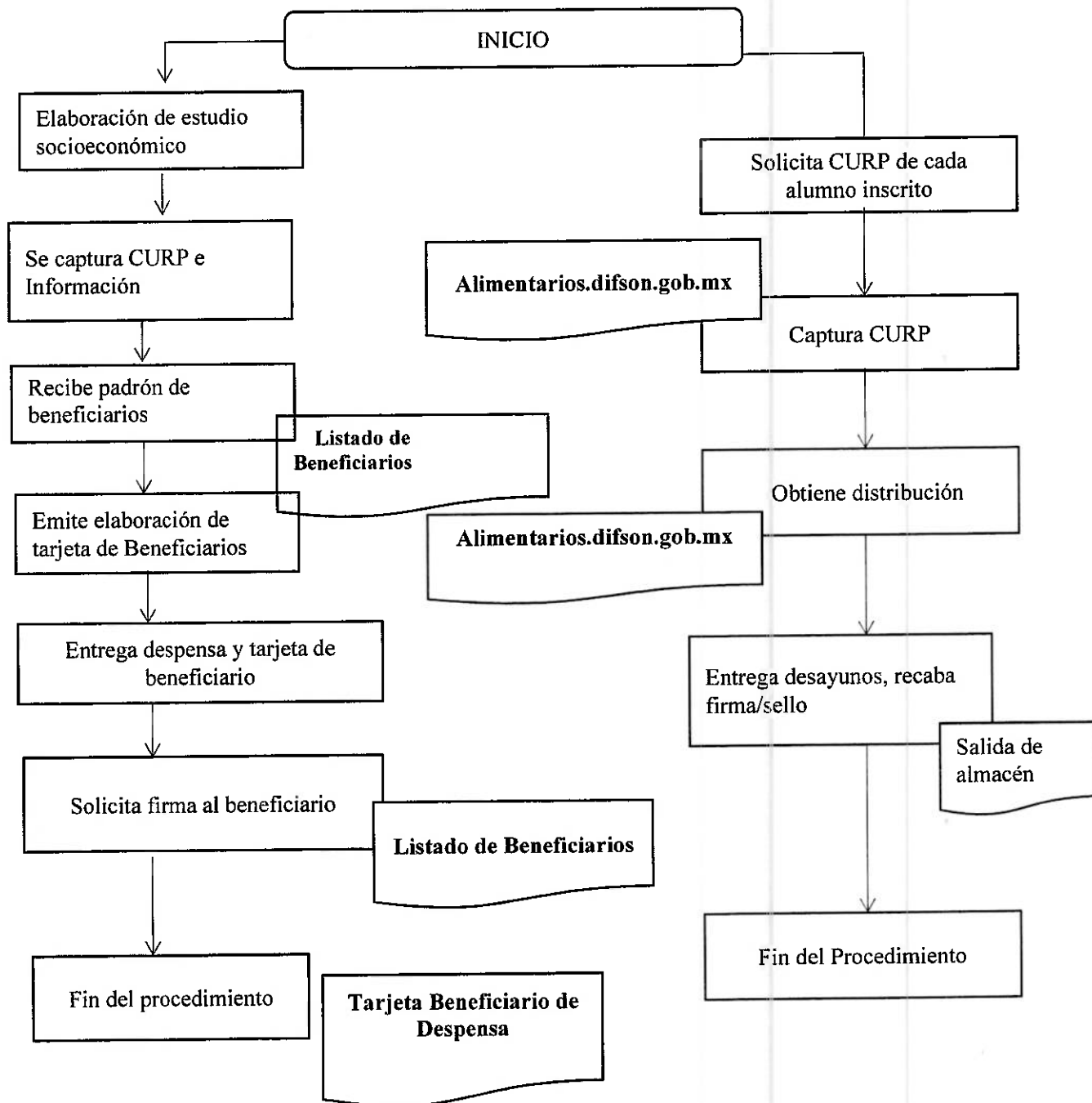

César Fabián Fuentes Valles
Secretario Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO

ENTE PÚBLICO: H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA	Hoja 1 de 1
UNIDAD ADMINISTRATIVA: DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	Fecha de Elaboración: 21 de marzo de 2025
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Desayunos y Despensas	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR02-A01/Rev.01





FORMATO

PADRÓN DE BENEFICIARIOS CANANEA 2025

PROGRAMAS ALIMENTARIOS

NOMBRE DEL PROGRAMA / ACORDE CON LA EIASA:

SEDIF

Atención a Sujetos Vulnerables	

CURP	NOMBRE	FECHA DE NAC	ENTIDAD FEDERATIVA	SEXO	CLAVE ESTADO CIVIL

CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	FECHA DEL BENEFICIO	TIPO DE BENEFICIARIO	DOMICILIO DEL BENEFICIARIO	INDIGENA	DISCAPACIDAD

11-DIF-PR02-F0

SALIDA DE ALMACÉN

SALIDA DE ALMACEN

GOBIERNO MUNICIPAL/DIF: _____ FECHA DE ENTREGA: _____

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

DATOS DE LA ESCUELA

CLAVE ESCOLAR: _____ NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ NIVEL: _____ TURNO: _____

PRODUCTOS

PRODUCTO	CANTIDAD
LECHE ULTRAPASTEURIZADA DESCREMADA NATURAL	
FRUTA DESHIDATADA CON CACAHUATE	
POLVORÓN SABOR COCO	
GALLETA INTEGRAL, SABOR NUEZ	
MINI GALLETA CUADRITO LETRAS, SABOR VAINILLA	
MINI GALLETA INTEGRAL DE OSITOS, SABOR NARANJA	
MINI GALLETA CUADRITO LETRAS, SABOR CANELA	

PRODUCTO	CANTIDAD
MÓDULO 1	
MÓDULO 2	
MÓDULO 3	
MÓDULO 4	

RECIBI DEL GOBIERNO MUNICIPAL, POR CONDUCTO DE DIF, EL PRODUCTO ARRIBA DESCRITO PARA
_____ DESAYUNOS DIARIOS MODALIDAD FRÍOS Y _____ DESAYUNOS DIARIOS MODALIDAD
CALIENTES, CORRESPONDIENTES AL MES DE _____

PARA LOS ALUMNOS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

POR FAVOR CUENTE SU PRODUCTO AL RECIBIRLO, NO SE ACEPTAN RECLAMACIONES POSTERIORES.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO
REPRESENTANTE COMITÉ ESCOLAR

NOMBRE, FIRMA Y SELLO
PERSONAL DE DIF MUNICIPAL

11-DIF-PR02-F02

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

TARJETA DE BENEFICIARIOS



11-DIF-PR02-F03

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DESAYUNOS Y DESPENSAS			HOJA 1 DE 1			
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR02/Rev.01			FECHA DE ELABORACIÓN: 20/03/2025			
NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Listado de Beneficiarios	Área de Desayunos y Despensas	Papel	3 año	DIF Municipal	Archivo Local
02	Salida de Almacén	Área de Desayunos y Despensas	Papel	3 años	DIF Municipal	Archivo Local
03	Tarjeta de beneficiario	Área de Desayunos y Despensas	Papel	3 años	DIF Municipal	Archivo Local

**VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
COORDINACIÓN DE EVENTOS OFICIALES**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DESAYUNOS Y DESPENSAS	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR02/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10- 25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Recibe Padrón de Beneficiarios para entrega de Despensas?			
2	¿Cita a Beneficiarios para entrega de Despensas?			
3	¿Entrega Despensa y Tarjeta de Beneficiario y huella?			
4	¿ Solicita a cada Escuela Pública Su padrón de estudiantes a beneficiar?			
5	¿Entrega Desayunos a cada Escuela Pública de educación Básica (Preescolar, Primaria y Secundaria); recaba firma/sello y se archiva.?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DESAYUNOS y DESPENSAS	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR02/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-25

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros?)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			

11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS FUNERARIA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL FUNERARIO

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR03/REV.01

FECHA DE EMISIÓN: 20-03-2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Prestar un servicio funerario digno a familias vulnerables.

II.- ALCANCE

Municipio de Cananea.

III.- DEFINICIONES

N/A

IV.- REFERENCIAS

Reglamento Interno de H. Ayuntamiento de Cananea

Plan de Desarrollo Municipal

V.- POLITICAS

- Brindar el mejor servicio posible cubriendo así las necesidades del solicitante.
- Manejar los cuerpos con el respeto que se merece.
- Cuidar y respetar el área de trabajo.
- Plazo de solicitud de acta de defunción es de 5 días.

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo

11-DIF-PR03-I01/Rev.01

11-DIF-PR03-F01/Rev.01

11-DIF-PR03-F02/Rev.01

Nombre del Formato/Instructivo

Proceso de embalsamamiento

Recibo de Pago

Bitácora de servicio de Tanatopraxia

VII.- ANEXOS

Clave de anexo

11-DIF-PR03-A01/Rev.01

Nombre

Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Asesoramiento del solicitante.	
1.1	Encargado Funeraria	Asesora y asiste a los clientes que requieren de un servicio funerario; informa del plazo que se tiene para solicitar el acta de defunción y su sanción al no hacerlo.	
2		Proceso funerario.	
2.1	Encargado Funeraria	Levantamiento de cuerpo en	

		domicilio particular, hospitales, etc. Solicitando el certificado defunción.	
2.2	Encargado Funeraria	Se traslada el cuerpo hacia el lugar de preparación una vez que se cuenta con la aprobación.	
2.3	Encargado Funeraria	Comienza el proceso de embalsamamiento.	Proceso de Embalsamamiento 11-DIF-PR03-I01/Rev.01
2.4	Encargado Funeraria	Se entrega el cuerpo para su velación misa y funeral.	
3		Documentación	
3.1	Encargado Funeraria	Entrega de documentación en oficinas de DIF Municipal para el papeleo final del solicitante. ➤ Dos copias de acta defunción ➤ Dos copias de credencial de elector ➤ Recibo ➤ Hoja de trabajo social en caso de descuento o excepto de pago.	11DIF-PR03-F01/Rev01 11DIF-PR03-F02/Rev01
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró

Karina Gpe Rochin A
Directora Dif

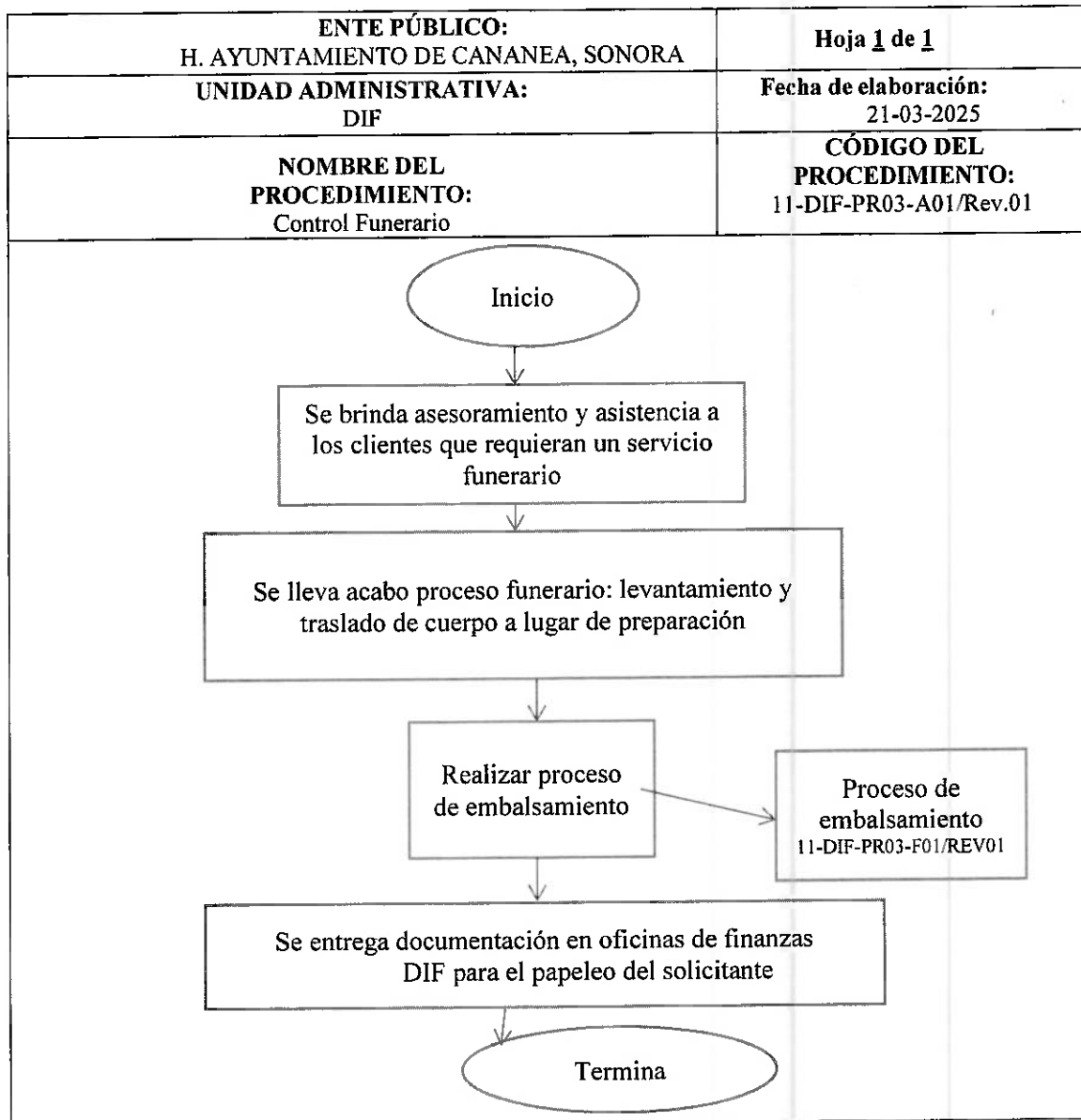
Revisó

Luis Fuguy Cabrera
Titular de OCEG

Aprobó

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO



FORMATOS

BITACORA DE SERVICIOS DE TANATOPRAXIA



FUNERARIA SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

BITÁCORA DE SERVICIO DE TANATOPRAXIA

Cananea, Sonora a: _____ de _____ de 2025.

Nombre del solicitante:

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Nombre del finado: _____

Líquidos:

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Hidropi-tone | ☐ Whatasoft |
| ☐ Cavidad de olores | ☐ Disolvex |

Autorizó familiar:

Autorizó:

Autorizó:

Nombre y Firma

c. Guillermo Tolano López
Técnico Embalsamador

c. María Yamile Iriarte González
Coordinadora de funeraria

11-DIF-PR03-F01

FORMATOS

COMPROBANTE DE PAGO



RECIBO

FECHA:

VELATORIO DIF

Calle Duluth, entre Colorada y Sierra del Cobre, Col. Minera 2
Cananea, Sonora.

Nombre: _____
 Servicio a: _____
 Dirección: _____ R.E.C.: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO	IMPORTE TOTAL

VELATORIO DIF

Calle Duluth, entre Colorada y Sierra del Cobre, Col. Minera 2
Cananea, Sonora.

Por este PAGARÉ me obligo a pagar a la orden de VELATORIO DIF, en Cananea, Sonora., a la prestación de éste documento la cantidad de

\$ _____

La suma que ampara éste PAGARÉ causará intereses moratorios del ____% mensuales desde su vencimiento. En caso de que éste PAGARÉ se cobre judicialmente, me obligo a pagar los gastos que se ocasionen.

Nombre y firma.

11-DIF-PR03-F02

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

PROCESO DE EMBALSAMIENTO

- 1.- Se desinfecta el cuerpo 80% agua 20% cloro.

- 2.- Una vez desinfectado se hace una incisión a dos dedos de tráquea localizando vena principal y arteria. Una vez localizada se comienza el proceso de inyectado.

- 1.- Una vez inyectado el cuerpo se deja reposar alrededor de una hora.

- 2.- Aspiración de cavidad, jugos gástricos, heces, orina sangre, etc.

- 3.- Proceso estético (boca, cabello. Maquillaje, ropa, etc.)

11-DIF-P03-I01/REV01

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL FUNERARIO			HOJA 1 DE 1			
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR03/REV.01			FECHA DE ELABORACIÓN: 21/03/2025			
NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Proceso de embalsamamiento	Control funerario	Papel	3 años	Funeraria	Archivo Local
02	Recibo de pago	Control funerario	Papel	3 años	Funeraria	Archivo local
03	Bitácora de servicio de Tanatopraxia	Control funerario	Papel	3 años	Funeraria	Archivo local

VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL FUNERARIO	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR03/REV.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-2025

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Asesora y asiste a los clientes que requieren de un servicio funerario?			
2	¿Informa del plazo que se tiene para solicitar el acta de defunción y su sanción al no hacerlo?			
3	¿Se traslada el cuerpo hacia el lugar de preparación una vez que se cuenta con la aprobación.?			
4	¿Comienza el proceso de embalsamamiento.?			
5	¿Se entrega el cuerpo para su velación misa y funeral?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANAÑA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL FUNERARIO	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR03/REV.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-2025

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			

11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

CENTRO ASISTENCIAL DE DESARROLLO INFANTIL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE SERVICIOS CADI
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR04/REV.01
FECHA DE EMISIÓN: 21-03-2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Planear, dirigir, coordinar, controlar, orientar, analizar y evaluar las actividades educativas y administrativas que se realizan en el Centro Asistencial de Desarrollo Infantil, de acuerdo a los lineamientos y programas correspondientes de la secretaría de Educación y Cultura.

II.- ALCANCE

Población trabajadora de Cananea

III.- DEFINICIONES

CADI: Centro Asistencial de Desarrollo Infantil

IV.- REFERENCIAS

Reglamento Interno de CADI

V.- POLITICAS

- Cumplir con los requisitos de ingresos (documentación completa)
- Dar a conocer a cada padre de familia el reglamento de servicios del CADI
- El padre de familia deberá entregar a CADI en un máximo de 15 días el material que se le solicite
- La constancia de trabajo se actualiza cada 6 meses , con la información de: sueldo mensual, horario, periodo vacacional, domicilio y tel. laboral

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo	Nombre del Formato/Instructivo
11-DIF-PR04-F01/Rev.01	Formato lista de asistencia
11-DIF-PR04-F02/Rev.01	Formato historial clínico
11-DIF-PR04-F03/Rev.01	Formato de registro
11-DIF-PR04-F04/Rev.01	Formato de ingreso
11-DIF-PR04-F05/Rev.01	Formato tarjeta de pago
11-DIF-PR04-F06/Rev.01	Ficha de Identificación de la niña o niño

VII.- ANEXOS

Clave de anexo	Nombre
11-DIF-PR04-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Servicios CADI	
	Coordinadora	Supervisa el buen funcionamiento de cada una de las áreas de servicios de CADI, a través de recorridos y verifica la presencia del personal.	Lista de Asistencia 11-DIF-PR04-F01/Rev.01
1.1	Coordinadora	Validar informes administrativos, de ingresos y egresos elaborados por el área de Dirección. El efectivo es enviado mensualmente al área administrativa de recursos financieros de DIF.	Recibos de Pago Tarjeta de Pago 11-DIF-PR04-F04/Rev.01
1.2	Coordinadora	Realizar informe estadístico de alta y baja de menores al mes, envía a la supervisión de la SEC y DIF Sonora.	OFICIO
2		Ingreso	
2.1	Médico	Recibe al niño de nuevo ingreso, realiza examen clínico completo y solicita análisis de laboratorio.	Historial Clínico 11-DIF-PR04-F02/Rev.01
2.2	Médico	Revisar la salud del menor, en caso de existir alguna anomalía que impida su acceso se le informa al padre de familia y se suspende la entrada, si no hay irregularidades se autoriza el ingreso.	Bitácora de Filtro 11-DIF-PR04-F03/Rev.01
2.3	Médico	Revisa al menor de 45 días a 1.6 meses de nacido, revisa pañalera y verifica que cuente con lo necesario de acuerdo a su edad.	
2.4	Médico	Administra medicamento previamente autorizado por los padres y prescritos por el medico	
3		Asistencia del menor	
3.1	Asistente Educativa	Recibe al menor después de la revisión en filtro.	
3.2	Asistente Educativa	Realiza plan de actividades diarias incluyendo plan alimenticio dependiendo del rango de edad del menor.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró

Karina Gpe Rochin A
Directora Dif

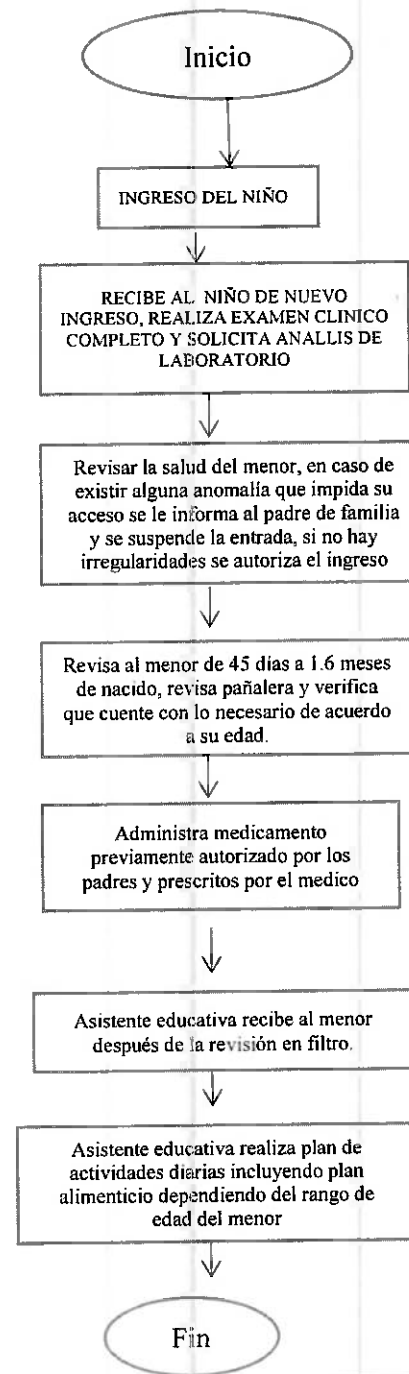
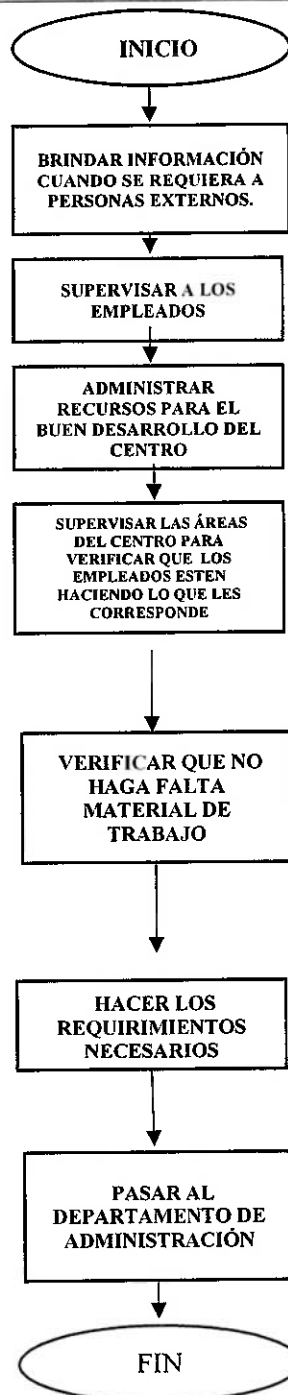
Revisó

Luis Fucuy Cabrera
Titular de OCEG

Aprobó

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

ENTE PÚBLICO: H. AYUNTAMIENTO DE CANAÑA, SONORA	Hoja 1 de 1
UNIDAD ADMINISTRATIVA: DIF	Fecha de elaboración: 21-03-2025
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CADI	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR04-A01/Rev.01



FORMATOS



LISTA DE ASISTENCIA

MES: _____

SALA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
LACTANTE 1 Y 2															
LACTANTES 3															
MATERNAL 1															
MATERNAL 2															
MATERNAL 3															
PREESCOLAR 1A															
PREESCOLAR 1B															
TOTAL															

SALA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LACTANTE 1 Y 2																
LACTANTES 3																
MATERNAL 1																
MATERNAL 2																
MATERNAL 3																
PREESCOLAR 1A																
PREESCOLAR 1B																
TOTAL																

11-DIF-PR04-F01

FORMATO DE HISTORIAL CLINICO

Servicio Médico: _____

Centro Asistencial de Desarrollo Infantil: _____

Fecha de estudio: _____

DATOS DEL NIÑO

Nombre del niño (a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre del padre: _____

A qué se dedica: _____

Domicilio

Teléfono

Nombre de la madre: _____

A qué se dedica: _____

Domicilio

Teléfono

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Edad de los padres al nacimiento: _____ Padre: _____ Madre: _____

Estado de salud actual: _____

Antecedentes: Neoplásicos: _____ diabéticos: _____ HTA: _____

Infectocontagioso: _____ Alérgico: _____

Otros antecedentes: _____

Número de hermanos: _____ vivos: _____

Estado de salud de los hermanos: _____

ANTECEDENTES PRE Y POST NATALES

Producto de la gesta No. _____ Atención prenatal en : _____

No. Consultas: _____ consultas Duración: _____ semanas

Padecimientos durante el embarazo: _____

IVU: _____ DM: _____ HTA: _____ Vacunas: Influenza () covid () Tétanos ()

Parto atendido en: _____ por: _____

Eutócico: _____ Distócico: _____ Resuelto por: parto _____ Cesárea _____

Anestesia y/o Analgesia: _____ Complicaciones obstétricas: _____

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer _____

Ictericia neonatal: _____ Requirió incubadora: _____ Duración: _____

Cianosis: _____ Reflejo de succión: _____

Respuesta a estímulos externos: _____ Micción y evacuación primeras 24 hrs. _____

Lactancia materna: _____ Durante: _____

Lactancia mixta: _____ Durante: _____

Lactancia por fórmula: _____ Durante: _____

Tipo de fórmula: _____ Inicio de ablactación: _____ Alimentación actual: _____

atención posnatal en: _____ por: _____

11-DIF-PR04-F02

NMUNIZACIONES:

DESARROLLO FUNCIONAL SOMÁTICO:

Fija la mirada: _____ sonríe: _____ vuelve la cabeza: _____ mantiene la cabeza con la otra
mano: _____ se sienta brevemente: _____ gatea: _____ se levanta: _____ camina con
apoyo: _____ Se para solo: _____ Inicia dentición: _____
Control de esfínteres: vesical: _____ Anal: _____ Diurno: _____ Nocturno: _____
Organiza frases: _____ corre: _____ Sube las escaleras alternando los pies: _____
Se sostiene en pie: _____

HÁBITOS DE CONDUCTA:

Frecuencia del baño: _____ Cambio de ropa: _____ al día Aseo dental: _____
Enuresis: _____ Se chupa el dedo: _____ Terrores nocturnos: _____
Geofagia: _____ Conducta social: _____ Dinámica familiar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Padecimientos: Sarampión: _____ Varicela: _____ Rubéola: _____ Escarlatina: _____
Hepatitis: _____ Paratiditis: _____ Faringoamigdalitis de repetición: _____
Parasitosis (tipo y fecha): _____ Tuberculosis: _____ Asma: _____
Padecimientos respiratorios: _____ Diarreas frecuentes: _____
Otras: _____
Traumatismos quirúrgicos: _____
Alergias: _____

APARATOS Y SISTEMAS

Digestivo: _____
Respiratorio: _____
Cardiovascular: _____
Genito-Urinario: _____
Nervioso: _____
Músculo-esquelético: _____
Linfohemático: _____
Estado actual: _____

11-DIF-PR04-F02

APARATOS Y SISTEMAS

Estatura: _____ Peso actual: _____ peso ideal: _____
F.C. _____ Respiraciones: _____ Temperatura: _____ T.A.: _____ Inspección
general: _____

Estado de la piel: _____
Cabeza: _____ Cráneo: _____ Fontanelas: _____
Nariz: _____ Ojos: _____ Oídos: _____
Cavidad bucal: _____
Cuello: _____ Adenopatías: _____ otras: _____
Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales externos: _____

Extremidades: _____

Cadera: _____ Pie plano: _____ Columna vertebral: _____
Exploración neurológica: _____

Exámenes de laboratorio y gabinete: _____

Tipo sanguíneo: _____ RH: _____

OBSERVACIONES

SERVICIO MEDICO CADI

11-DIF-PR04-F02

FORMATO DE REGISTRO

Fecha: ____/____/25						L	M	M	J	V		
Alimentación												
La niña o el niño consumió los alimentos durante el:												
Desayuno	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Comida	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Comida	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Observaciones Generales:												
Descanso:												
La niña o el niño durmió: ☐ Si ☐ No												
Tiempo de siesta: _____ minutos												
Comentarios:												
Funciones Excretoras												
Control de esfínteres					Pipi y/o popó							
No aplica					Número de veces							
Aviso					Si	No	popó		pipí			
Número de veces												
pipí					popó							
Observaciones:												
Estado de ánimo												
¿Cuánto se irrita, se enfada o está enojado?												
¿Cursó?											Si	No
¿Peleó?											Si	No
¿Peleó?											Si	No
Observaciones:												
Accidentes												
¿La niña o el niño se entregó en buen estado físico?											Si	No
Folio de reporte de accidentes:												
Salud												
Hora de salida: _____ hrs.												
La niña o el niño se presentó algún problema de salud?											Si	No
¿Cursó?											Si	No
Atención proporcionada:												
Observaciones generales:												

Fecha: ____/____/25						L	M	M	J	V		
Alimentación												
La niña o el niño consumió los alimentos durante el:												
Desayuno	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Comida	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Comida	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Observaciones Generales:												
Descanso:												
La niña o el niño durmió: ☐ Si ☐ No												
Tiempo de siesta: _____ minutos												
Comentarios:												
Funciones Excretoras												
Control de esfínteres					Pipi y/o popó							
No aplica					Número de veces							
Aviso					Si	No	popó		pipí			
Número de veces												
pipí					popó							
Observaciones:												
Estado de ánimo												
¿Cuánto se irrita, se enfada o está enojado?												
¿Cursó?											Si	No
¿Peleó?											Si	No
¿Peleó?											Si	No
Observaciones:												
Accidentes												
¿La niña o el niño se entregó en buen estado físico?											Si	No
Folio de reporte de accidentes:												
Salud												
Hora de salida: _____ hrs.												
La niña o el niño se presentó algún problema de salud?											Si	No
¿Cursó?											Si	No
Atención proporcionada:												
Observaciones generales:												

Fecha: ____/____/25						L	M	M	J	V		
Alimentación												
La niña o el niño consumió los alimentos durante el:												
Desayuno	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Comida	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Comida	Nada	Poco	Todo	Pidió más								
Observaciones Generales:												
Descanso:												
La niña o el niño durmió: ☐ Si ☐ No												
Tiempo de siesta: _____ minutos												
Comentarios:												
Funciones Excretoras												
Control de esfínteres					Pipi y/o popó							
No aplica					Número de veces							
Aviso					Si	No	popó		pipí			
Número de veces												
pipí					popó							
Observaciones:												
Estado de ánimo												
¿Cuánto se irrita, se enfada o está enojado?												
¿Cursó?											Si	No
¿Peleó?											Si	No
¿Peleó?											Si	No
Observaciones:												
Accidentes												
¿La niña o el niño se entregó en buen estado físico?											Si	No
Folio de reporte de accidentes:												
Salud												
Hora de salida: _____ hrs.												
La niña o el niño se presentó algún problema de salud?											Si	No
¿Cursó?											Si	No
Atención proporcionada:												
Observaciones generales:												

11-DIF-PR04-03

FORMATO DE REGISTRO

Fecha: ____/____/25		L M J V	
Nombre completo de la Asistente al cuidado de la (el) niña (niño):			
Hora de entrada: ____ hrs.			
Nombre y firma de quien entrega a la niña o el niño:			
Nombre y firma de personal de CAI que entrega a la niña o el niño:			
La niña o el niño está enfermo (a)		Si	No
En el caso de que la niña o el niño, ingrese enfermo se dejó medicamento con receta Médica y especificaciones:			
Si	No	No aplica	
La niña o el niño ingresa con síntomas de enfermedad:			
Si	¿cuáles? _____		No
La niña o el niño se presentó limpia (a)		Si	No
La niña o el niño trajo su mochila completa según sus necesidades:		Si	No
La niña o el niño se presentó en buen estado físico		Si	No
En caso que la niña o el niño sea entregada (a) con algún rasguño, mordida, quemadura, golpe, rozadura, etc, indicar la parte del cuerpo donde se presenta y especificar el tipo de lesión:			

No aplica			
Observaciones para las(as) Madres, Padres o personas autorizadas:			

¿La niña o el niño se entregó en buen estado físico?		Si	No
En caso que la niña o el niño sea entregada (a) con algún rasguño, mordida, quemadura, golpe, rozadura, etc, indicar la parte del cuerpo donde se presenta y especificar el tipo de lesión:			

No aplica			
Hora de salida: ____ hrs.			
Nombre y firma de quien recibe a la niña o el niño:			
La niña o el niño se presentó limpia (a)		Si	No
La niña o el niño se entregó con pertenencias completas (mochila completa)		Si	No
Observaciones:			
Nombre y firma del personal de la E.I. quien entrega a la niña o el niño en la E.I.			

Fecha: ____/____/25		L M J V	
Nombre completo de la Asistente al cuidado de la (el) niña (niño):			
Hora de entrada: ____ hrs.			
Nombre y firma de quien entrega a la niña o el niño:			
Nombre y firma de personal de CAI que entrega a la niña o el niño:			
La niña o el niño está enfermo (a)		Si	No
En el caso de que la niña o el niño, ingrese enfermo se dejó medicamento con receta Médica y especificaciones:			
Si	No	No aplica	
La niña o el niño ingresa con síntomas de enfermedad:			
Si	¿cuáles? _____		No
La niña o el niño se presentó limpia (a)		Si	No
La niña o el niño trajo su mochila completa según sus necesidades:		Si	No
La niña o el niño se presentó en buen estado físico		Si	No
En caso que la niña o el niño sea entregada (a) con algún rasguño, mordida, quemadura, golpe, rozadura, etc, indicar la parte del cuerpo donde se presenta y especificar el tipo de lesión:			

No aplica			
Observaciones para las(as) Madres, Padres o personas autorizadas:			

¿La niña o el niño se entregó en buen estado físico?		Si	No
En caso que la niña o el niño sea entregada (a) con algún rasguño, mordida, quemadura, golpe, rozadura, etc, indicar la parte del cuerpo donde se presenta y especificar el tipo de lesión:			

No aplica			
Hora de salida: ____ hrs.			
Nombre y firma de quien recibe a la niña o el niño:			
La niña o el niño se presentó limpia (a)		Si	No
La niña o el niño se entregó con pertenencias completas (mochila completa)		Si	No
Observaciones:			
Nombre y firma del personal de la E.I. quien entrega a la niña o el niño en la E.I.			

Fecha: ____/____/25		L M J V	
Nombre completo de la Asistente al cuidado de la (el) niña (niño):			
Hora de entrada: ____ hrs.			
Nombre y firma de quien entrega a la niña o el niño:			
Nombre y firma de personal de CAI que entrega a la niña o el niño:			
La niña o el niño está enfermo (a)		Si	No
En el caso de que la niña o el niño, ingrese enfermo se dejó medicamento con receta Médica y especificaciones:			
Si	No	No aplica	
La niña o el niño ingresa con síntomas de enfermedad:			
Si	¿cuáles? _____		No
La niña o el niño se presentó limpia (a)		Si	No
La niña o el niño trajo su mochila completa según sus necesidades:		Si	No
La niña o el niño se presentó en buen estado físico		Si	No
En caso que la niña o el niño sea entregada (a) con algún rasguño, mordida, quemadura, golpe, rozadura, etc, indicar la parte del cuerpo donde se presenta y especificar el tipo de lesión:			

No aplica			
Observaciones para las(as) Madres, Padres o personas autorizadas:			

¿La niña o el niño se entregó en buen estado físico?		Si	No
En caso que la niña o el niño sea entregada (a) con algún rasguño, mordida, quemadura, golpe, rozadura, etc, indicar la parte del cuerpo donde se presenta y especificar el tipo de lesión:			

No aplica			
Hora de salida: ____ hrs.			
Nombre y firma de quien recibe a la niña o el niño:			
La niña o el niño se presentó limpia (a)		Si	No
La niña o el niño se entregó con pertenencias completas (mochila completa)		Si	No
Observaciones:			
Nombre y firma del personal de la E.I. quien entrega a la niña o el niño en la E.I.			

11-DIF-PR04-03



FORMATO DE INGRESO



DATOS DE INGRESO DEL ALUMNO



NOMBRE: _____

FECHA DE NAC: _____

DIRECCIÓN: _____

CURP: _____

TIPO DE SANGRE: _____

ALERGIAS: _____

*NOMBRE DE LA MADRE: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ ESTADO CIVIL: _____

*NOMBRE DEL PADRE: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ ESTADO CIVIL: _____

EN CASO DE EMERGENCIAS LLAMAR A:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

11-DIF-PR04-04

11-DIF-PR04-F04



Centro Asistencial de Desarrollo Infantil
H. Cananea, Sonora.



TARJETA DE PAGO

No.
*No se recibirá ninguna ficha de pago sin presentar esta tarjeta.

Nombre de la niña o el niño:

Grado

Sección

Cuota: \$

semanal

quincenal

mensual

\$

\$

AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO

11-DIF-PR04-F05



**Sistema Municipal para el
Desarrollo Integral de la Familia**
H. Cananea, Sonora.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO

Lactante:

Maternal:

Pre-escolar:

Nombre de la niña o niño:

Sexo: Edad: Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Domicilio:

Fecha de ingreso: Fecha de baja:

Nombre de la madre:

Ocupación:

Contacto (s) de emergencia (Nombre y Número):

11-DIF-PR04-F06

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL SERVICIOS CADI	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR04/REV.01	FECHA DE ELABORACIÓN: 21/03/2025

NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Formato de lista de asistencia	Coordinadora	Papel	1 año	CADI	Archivo Local
02	Formato de historial clínico	Coordinadora	Papel	1 año	CADI	Archivo Local
03	Formato de registro	Coordinadora	Papel	1 año	CADI	Archivo Local
04	Formato de ingreso	Coordinadora	papel	1 año	CADI	Archivo Local
05	Formato tarjeta de pago	Coordinadora	papel	1 año	CADI	Archivo Local
06	Ficha de la identificación	Coordinadora	papel	1 año	CADI	Archivo Local

VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL SERVICIOS CADI	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR04/REV.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿ Supervisa el buen funcionamiento de cada una de las áreas de servicios de CADI, a través de recorridos y verifica la presencia del personal?			
2	¿ Valida informes administrativos, de ingresos y egresos elaborados por el área de Dirección?			
3	¿ Realiza informe estadístico de alta y baja de menores al mes, envía a la supervisión de la SEC y DIF Sonora?			
4	¿ Recibe al niño de nuevo ingreso, realiza examen clínico completo y solicita análisis de laboratorio?			
5	¿ Revisa la salud del menor, en caso de existir alguna anomalía que impida su acceso se le informa al padre de familia y se suspende la entrada, si no hay irregularidades se autoriza el ingreso?			
6	¿ Revisa al menor de 45 días a 1.6 meses de nacido, revisa pañalera y verifica que cuente con lo necesario de acuerdo a su edad?			
7	¿ Recibe al menor después de la revisión en filtro?			
8	¿ Realiza plan de actividades diarias incluyendo plan alimenticio dependiendo del rango de edad del menor?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANAÑA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL SERVICIOS CADI	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR04/REV.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-25

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			

10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			
11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Rehabilitación A Pacientes

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR05/Rev.01

FECHA DE EMISIÓN: 20-03-2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Brindar atención primaria a pacientes con algún tipo de discapacidad, ya sea temporal o permanente.

II.- ALCANCE

Cualquier persona que requiera de atención básica de rehabilitación.

III.- DEFINICIONES

UBR: Unidad Básica de Rehabilitación

Terapia Física: Atención brindada por personal calificado a personas que requieren de rehabilitación.

Formato Médico: Documento legal, que corrobora la discapacidad y la necesidad de iniciar con terapia física.

Formato de Ingreso: Documento que comprueba el ingreso de un paciente a nuestra unidad de rehabilitación.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento Interno de UBR Cananea

Reglamento de la Administración Municipal de Cananea

Código de Ética del Municipio de Cananea

Ley de Gobierno y Administración Municipal

V.- POLITICAS

Se atenderá en horario de 7:00 A.M - 2:00 P.M. a cualquier persona que cuente con los requisitos previamente mencionados.

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo

11-DIF-PR05-F01/Rev.01

Nombre del Formato/Instructivo

Formato de Ingreso

VII.- ANEXOS

Clave de anexo

11-DIF-PR05-A01/Rev.01

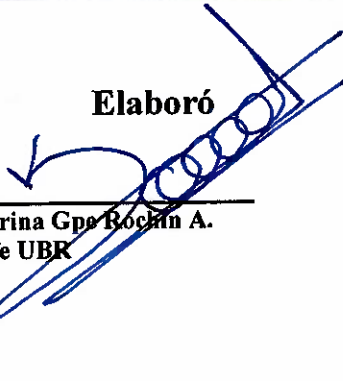
Nombre

Diagrama de flujo

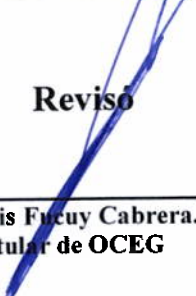
VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Solicitud de Terapia	
1.1	Terapista	Recibe al paciente con orden médica e identificación oficial.	
1.2	Terapista	Llena el formato de ingreso y genera nuevo folio para expediente de paciente.	Formato de Ingreso 11-DIF-PR05-F01/Rev.01
2		Realización de Terapia	
2.1	Terapista	Analiza orden médica y forma Plan de Terapia	
2.2	Terapista	Realiza plan de terapia	
2.3	Terapista	Finaliza plan de terapia y secretaria archiva expediente de paciente.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró


Karina Gpe Rochán A.
Jefe UBR

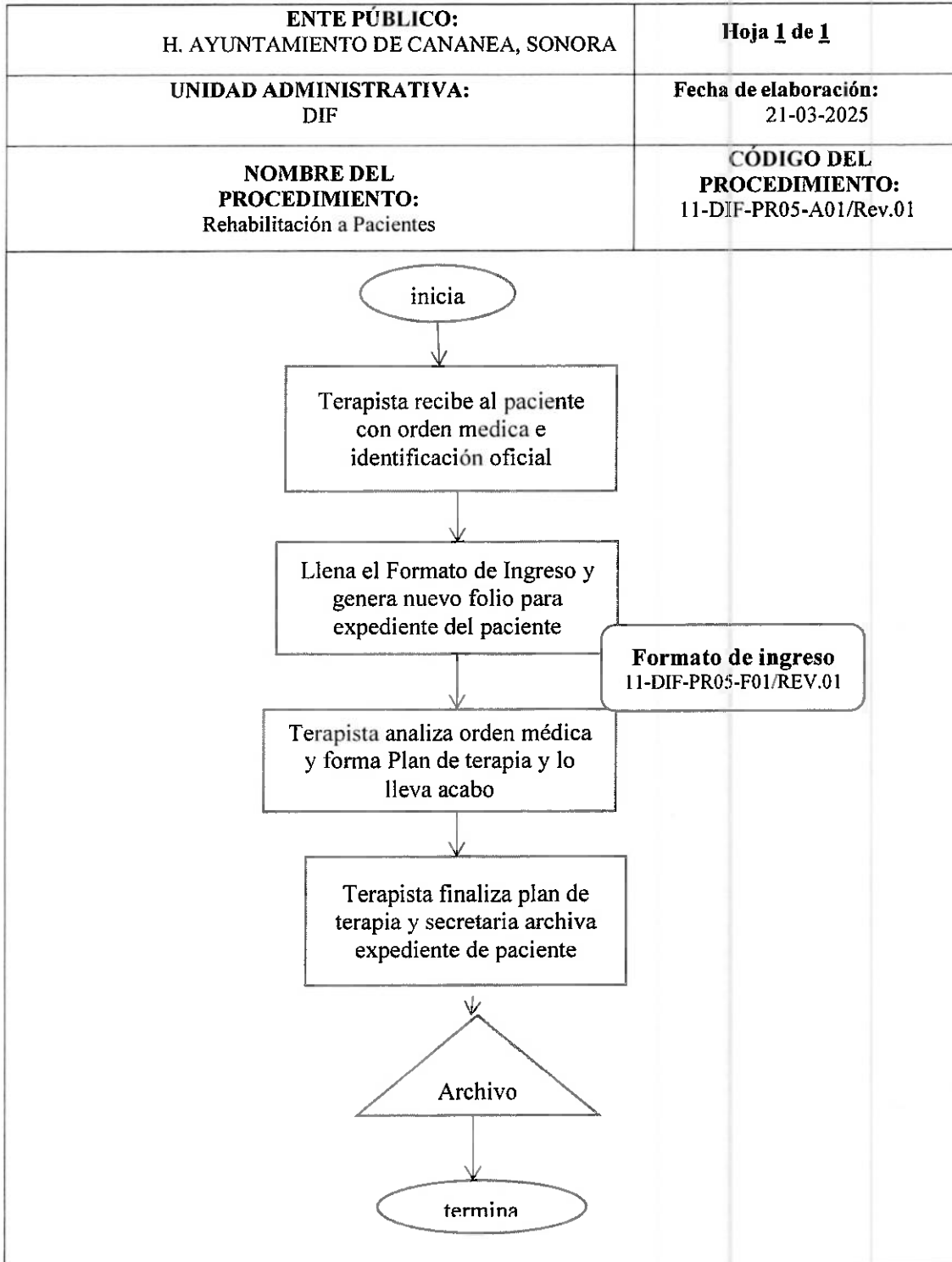
Revisó


Luis Fucuy Cabrera.
Titular de OCEG

Aprobó


César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO





FORMATO DE INGRESO

EXP. _____
HORA _____



COSTO _____

NOMBRE _____ EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ CURP _____

DOMICILIO _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) ☐ CASADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐

TELÉFONO _____ TIPO DE SANGRE _____ ALERGIAS _____

INGRESO _____ ALTA _____ CAUSA _____

TIEMPO DE INCAPACIDAD _____ EXPEDIDA POR _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN _____

PADECIMIENTOS:

*CÁNCER ☐ *LUPUS ☐ *HIPERTENSIÓN ☐ *TACAPASOS ☐ *ARTROSIS ☐ *DIABETES ☐

TIPO DE DISCAPACIDAD: SENSORIAL ☐ MOTORA ☐ NEURO-MOTORA ☐ INTELECTUAL ☐

DISCAPACIDAD: TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐

DESDE CUÁNDO PADECE? _____ TRABAJA? _____ DONDE? _____

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL:

INSESTE ☐ INSS ☐ INSS BIENESTAR ☐ MANEJO RETIRADO ☐ ISSSTESON ☐ OTRO: _____

VIVIENDA: PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ PRESTADA ☐ COMPARTIDA ☐ FAMILIAR ☐

MATERIAL: ADobe ☐ LADRILLO ☐ BLOCK ☐ MADERA ☐ LAMINA ☐ CARTÓN ☐

NÚMERO DE HABITACIONES TOTALES: UNO ☐ DOS ☐ TRES ☐ CUATRO O MÁS ☐

ESPECIFICACIONES: SALA ☐ COCINA ☐ COMEDOR ☐ ESTANCIA ☐ RECAMARAS ☐ BAÑO ☐

TIPO DE SANITARIO: FOSATISMO LIBRE ☐ LETRINA ☐ FOSA SEPTICA ☐ DRENAJE ☐ OTRO: _____

INGRESOS FAMILIARES

REGISTRO DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SUSTENTO FAMILIAR:
PADRE: SI ☐ NO ☐ \$ _____

11-DIF-PR05-F01

MADRE	SI	NO	\$ _____
HIJOS	SI	NO	\$ _____
OTRO (ESPECIFICAR)	SI	NO	\$ _____
TOTAL INGRESO MENSUAL:			\$ _____

11-DIF-PR05-F01/REV.00

GASTOS FAMILIARES

ALIMENTOS \$ _____	VESTIDO \$ _____
ESCUELA \$ _____	AGUA \$ _____
RENTA \$ _____	LUZ \$ _____
INTERNET \$ _____	OTROS \$ _____

GASTOS TOTALES \$ _____

COSTO POR SESIÓN: \$30.00 ☐ \$60.00 ☐ \$100.00 ☐

REFERENCIA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____	PARENTEZCO: _____
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____

LEÍ Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL REGLAMENTO INTERNO DE UBR

11-DIF-PR05-F01

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

<Unidad Básica de Rehabilitación>

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REHABILITACION A PACIENTES	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR05/Rev.01	FECHA DE ELABORACIÓN: 23-10-25

NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Formatos de Ingreso	Unidad Básica de Rehabilitación	Papel	3 años	UBR	Destrucción

VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REHABILITACION A PACIENTES	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR05/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Recibe al paciente con orden médica e identificación oficial?			
2	¿Llena el formato de ingreso y genera nuevo folio para expediente de paciente?			
3	¿ Analiza orden médica y forma Plan de Terapia?			
4	¿ Realiza plan de terapia?			
5	¿ Finaliza plan de terapia y secretaria archiva expediente de paciente?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REHABILITACION A PACIENTES	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR05/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-2025

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros?)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			
11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			

12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

SUBPROCURADURÍA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DEFENSA DEL MENOR, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR06/Rev.01

FECHA DE EMISIÓN: 21/03/2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Defender los derechos de los niños y los adultos mayores.

II.- ALCANCE

Lo comprendido en la Jurisdicción del Municipio de Cananea

III.- DEFINICIONES

No Aplica

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de la Administración Municipal de Cananea
 Plan de Desarrollo Municipal
 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Sonora
 Reglamento Interior de la Fiscalía/Procuraduría
 Código Nacional de Procedimientos Penales
 Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

V.- POLITICAS

Enfoque de Protección a Derechos Humanos
 Perspectiva de Interés Superior de la Niñez
 Claridad en Responsabilidades Institucionales
 Uso de Formatos Institucionales
 Sustento Jurídico y Normativo
 Actualización Continua
 Validación Institucional
 Accesibilidad y Difusión
 Lenguaje Claro y Sensible
 Responsabilidad en la Ejecución

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo	Nombre del Formato/Instructivo
11-DIF-PR06-F01/Rev.01	Formato de Atención

VII.- ANEXOS	
Clave de anexo 11-DIF-PR06-A01/Rev.01	Nombre Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1		Recepción de Denuncia	
1.1	Subprocurador de la Defensa del Menor	Atiende denuncia vía telefónica o de manera presencial.	Expediente CI
2		Investigación	
2.1	Subprocurador de la Defensa del Menor	Emite oficio al área de Psicología y Trabajo Social para iniciar investigación	Oficio
2.2	Subprocurador de la Defensa del Menor	Recibe informes de Psicología y Trabajo Social.	
2.3	Subprocurador de la Defensa del Menor	Determina la procedencia de la petición y da vista a las autoridades correspondientes.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró

Karina Gpe. Rodríguez
Directora DIF

Revisó

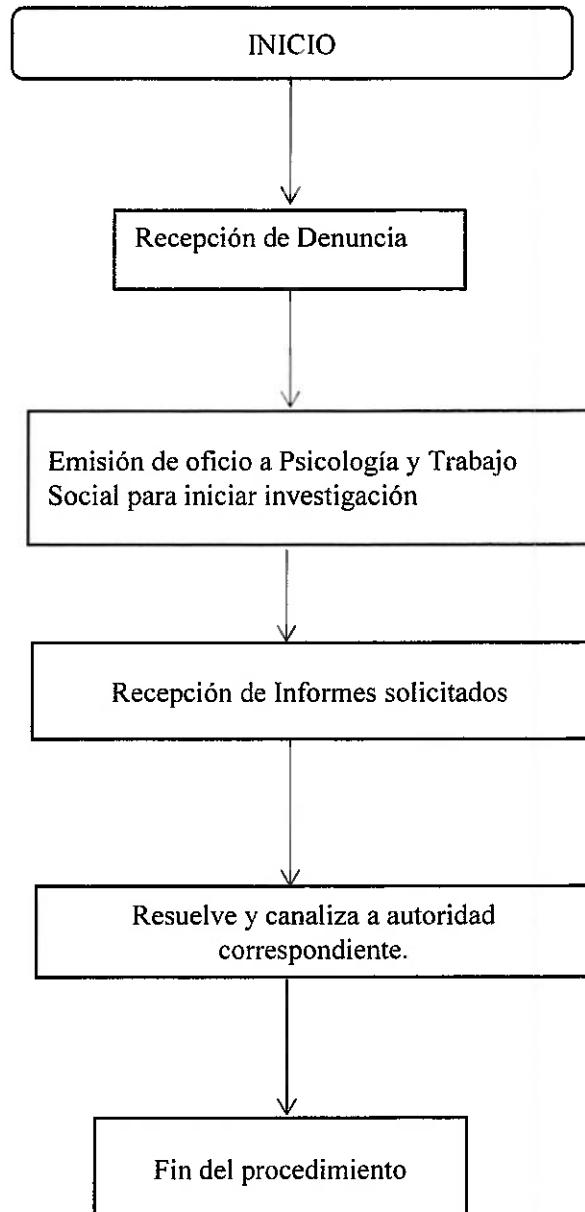
Luis Fucux Cabrera.
Titular de OCEG

Aprobó

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO

ENTE PÚBLICO: H. AYUNTAMIENTO DE CANAÑA	Hoja 1 de 1
UNIDAD ADMINISTRATIVA: DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	Fecha de Elaboración: 21 de marzo de 2025
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Defensa del Menor, la Familia Y el Adulto Mayor	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR06/Rev.01





FORMATO DE ATENCION

SUBPROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL MENOR, LA FAMILIA Y EL
ADULTO MAYOR

FECHA	NOMBRE	TELEFONO	ASUNTO

11-DIF-PR06-F01

**VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DEFENSA DEL MENOR, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR06/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Atiende denuncia vía telefónica o de manera presencial?			
2	¿Emite oficio al área de Psicología y Trabajo Social para iniciar investigación?			
3	¿Recibe informes de Psicología y Trabajo Social?			
4	¿Determina la procedencia de la petición y da vista a las autoridades correspondientes?			

Nombre y firma del verificador

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO
<SUBPROCURADURÍA>

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DEFENSA DEL MENOR, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR06/Rev.01	FECHA DE ELABORACIÓN: 23-10-2025

NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Formato de Atención	Procurador	Papel	3 años	DIF	Destrucción

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DEFENSA DEL MENOR, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR06/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-2025

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros?)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se “interrumpe” en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			

11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Desarrollo Integral de la Familia

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PSICOLOGIA	
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR07Rev.01	
FECHA DE EMISIÓN: 29-10-2025	
I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	
Brindar atención psicológica a usuarios de subprocuraduría y público en general.	
II.- ALCANCE	
Aplicado para usuarios de subprocuraduría y a todo el público en general, sin excepciones.	
III.- DEFINICIONES	
Ficha de inicio: Almacena datos personales de los usuarios. Carta compromiso: Como su nombre lo indica, crea un compromiso con el usuario. Carta de asistencia a terapia: Avala la asistencia al proceso terapéutico. Carta de no asistencia a terapia: Hace constar la inasistencia a terapia. Consentimiento: Firma de autorización por padres para poder intervenir con menores de edad. Justificante: Ayuda al usuario a justificar la ausencia de sus labores cotidianas. Pláticas en escuelas con alumnos, padres de familia y personal docente Verificaciones domiciliarias	
IV.- REFERENCIAS	
Código ético del psicólogo.	
V.- POLÍTICAS	
Reabrir solicitudes escritas y verbales para llevar a cabo el proceso de psicoterapia.	
VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS	
Clave de formato/Instructivo	Nombre del formato/Instructivo
11-DIF-PR07-F01/REV.01	Ficha de inicio menor
11-DIF-PR07-F02/REV.01	Carta compromiso
11-DIF-PR07-F03/REV.01	Carta de asistencia
11-DIF-PR07-F04/REV.01	Carta de no asistencia
11-DIF-PR07-F05/REV.01	Consentimiento informado
11-DIF-PR07-F06/REV.01	Justificante
11-DIF-PR07-F07/REV.01	Ficha Inicial Adulto
11-DIF-PR07-F08/REV.01	Entrevista Inicial Adolescente
VII.- ANEXOS	
Clave de anexo	Nombre
11-DIF-PR07-A01/Rev.01	Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1	Psicóloga Clínica, criminológica y conductual	Entrevista a usuarios.	
1.1	Psicóloga Clínica, criminológica y conductual	Lograr confidencialidad y empatía.	
1.2	Psicóloga Clínica y conductual	Evaluación en caso de ser necesaria.	
1.3	Psicóloga Clínica	Entrega de resultados.	
1.4	Psicóloga Clínica	Plan de seguimiento y tratamiento psicológico.	
2	Psicóloga Clínica	Intervención en crisis y apoyo a subprocuraduría.	
3	Psicóloga Clínica y conductual	Intervenciones (Terapia grupal)	
4	Psicóloga Clínica, criminológica y conductual	Implementación y elaboración de pláticas y talleres.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró

Karina Gpe Rochin A
Directora DIF

Revisó

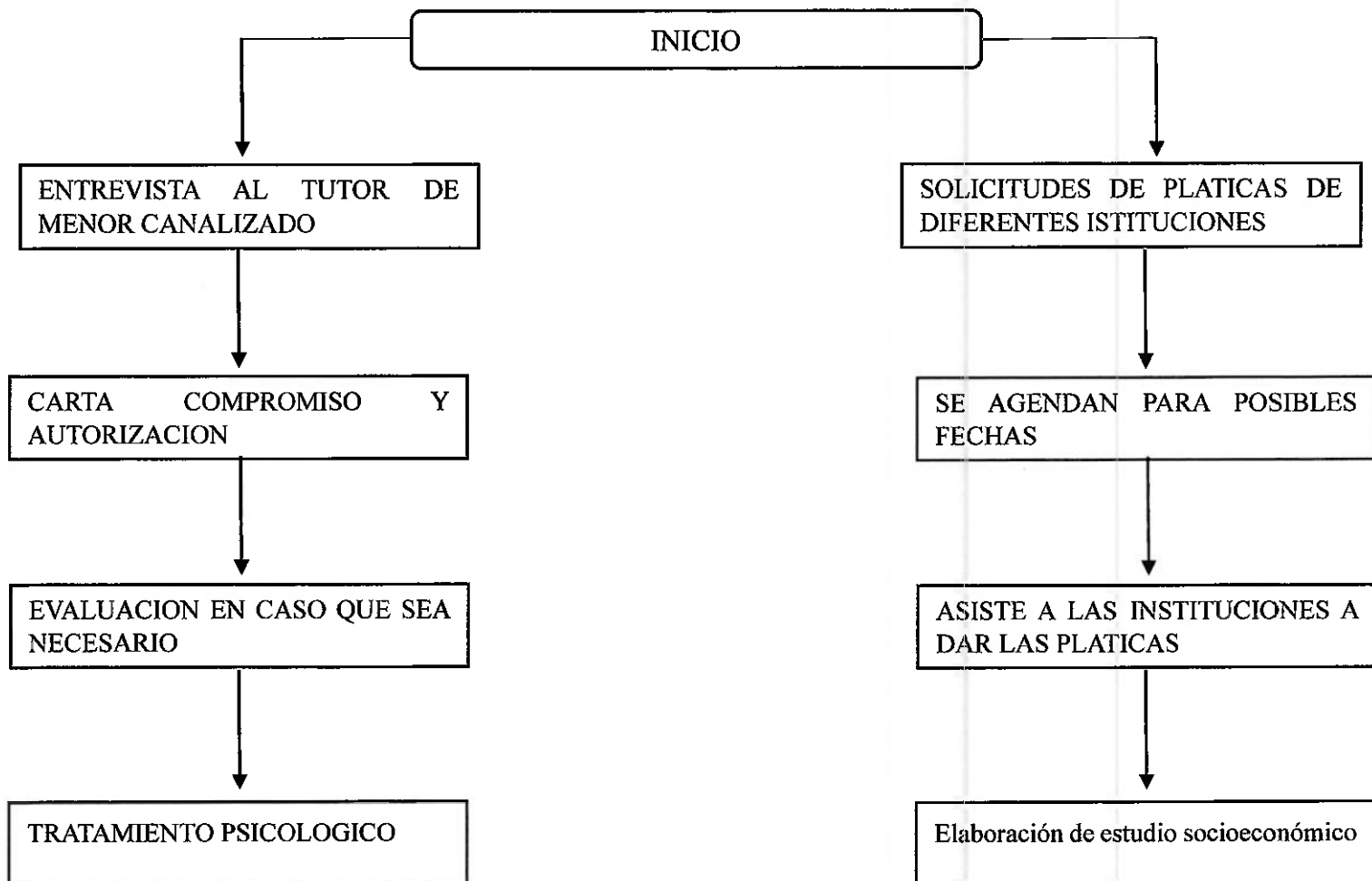
Luis Fucuy Cabrera
Titular de OCEG

Aprobó

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO

ENTE PÚBLICO: H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA	Hoja 1 de 1
UNIDAD ADMINISTRATIVA: DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	Fecha de Elaboración:
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PSICOLOGIA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:



- CONSTANCIA DE ASISTENCIA O JUSTIFICANTE
- CONVIVENCIAS ASISTIDAS SI LO SOLICITA PROCURADURIA
- CANALIZACION A OTRAS ISTITUCIONES EN CASO DE SER NECESARIO

No. EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

SISTEMA DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PSICOLOGÍA

FICHA INICIAL MENOR

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Fecha de Nac. y lugar: _____

Escolaridad: _____

Dirección y teléfono: _____

Psicograma (Como está conformada la familia)

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Domicilio: _____ Edades: _____

Ocupación: _____ Viven: _____

Estado civil: Casado: () Divorciado: () Unión Libre: ()

Habitantes en casa: (Breve descripción de rasgos de personalidad)

MOTIVO DE CONSULTA:

II. ESCUELA

Hablemos de la escuela

¿En qué grado estás?

¿Cómo se llama tu maestro/a?

¿Qué tal la escuela?

¿Qué materias te gustan más?

11-DIF-PR07-F01

No. EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

¿Qué materias te gustan menos?

¿En qué actividades te gusta participar dentro de la escuela?

¿Cómo te llevas con tus compañeros?

Cuéntame cómo pasas un día normal en la escuela

III. HOGAR

Ahora hablemos acerca de tu casa

¿Quiénes viven contigo en casa?

Cuéntame un poco de cada uno de ellos

¿En qué trabaja papá?

¿En qué trabaja mamá?

Dime, ¿cómo es tu casa?

¿Cómo es tu cuarto?

¿Cuáles son las tareas de tu casa?

¿Cómo te llevas con tu papá?

¿Qué cosas hace tu papá que te gusta?

¿Qué cosas hace tu papá que no te gusta?

¿Cómo te llevas con tu mamá?

¿Qué cosas hace tu mamá que te gusta?

¿Qué cosas hace tu mamá que no te gusta?

¿Quién impone la disciplina en casa?

Cuéntame, ¿cómo la manejan?

IV. INTERESES

Ahora hablemos de ti

¿Qué pasatiempos tienes?

¿Qué haces en las tardes después de la escuela?

Cuéntame qué haces por lo general los sábados y domingos.

11-DIF-PR07-F01

No. EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

V. AMIGOS

Cuéntame de tus amigos

¿Qué te gusta hacer con tus amigos?

VI. ESTADO DE ÁNIMO/SENTIMIENTOS

Todo el mundo se siente feliz en ocasiones.

¿Qué tipo de cosas te hacen sentir más feliz?

¿Qué tipo de cosas es más probable que te hagan sentir triste?

¿Qué haces cuando estás triste?

Todo el mundo se enoja en ocasiones

¿Qué tipo de cosas te hacen sentir más enojado?

¿Qué haces cuando te enojas?

VII. TEMORES/PREOCUPACIONES

Todos los chicos se asustan a veces acerca de algunas cosas

¿Qué cosas te hacen sentir asustado?

¿Qué haces cuando estás asustado?

Cuéntame que cosas te preocupan

¿Hay alguna otra cosa?

VIII. AUTOCONCEPTO

¿Qué es lo que más te gusta de ti?

¿Alguna otra cosa?

¿Qué es lo que menos te gusta de ti?

¿Alguna otra cosa?

Cuéntame qué es lo mejor que te ha pasado.

IX. ASPIRACIONES

¿Qué piensas ser cuando seas grande?

¿Crees que tendrás algún problema para conseguirlo?

11-DIF-PR07-F01

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

CARTA COMPROMISO

La finalidad de la carta de compromiso es especificar las condiciones para el proceso terapéutico. En él se detallan cada uno de los compromisos y reglas los cuales deben ser respetados por ambas partes implicadas para su adecuado desarrollo.

CONDICIONES Y COMPROMISOS DEL PSICOLOGO Y DEL PACIENTE.

- 1.- La intervención psicológica se realizará respetando el código de ética de la profesión, con ello respetando siempre la confidencialidad de los datos obtenidos dentro de cada una de las sesiones.
- 2.- El secreto profesional será mantenido en todos los casos, excepto cuando la vida de otra persona o tu vida estén en peligro.
- 3.- La psicóloga se compromete a brindar acompañamiento profesional y ético, en el cual ofrezca estrategias útiles y efectivas que favorezcan tu salud mental.
- 4.- Las sesiones se llevarán a cabo conforme a la disposición de agenda y apegado a el horario de oficina.
- 5.- Si el problema clínico requiere otro tipo de recursos, el psicólogo se compromete a si usted lo desea informarle sobre otros profesionales, es decir derivarlo con otro profesional.
- 6.- En el caso de los menores de edad deben venir siempre acompañados de un adulto, sin excepción.
- 7.- El paciente debe comprometerse a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En el caso de que le sea imposible asistir deberá avisar en un lapso de 12 a 24 horas antes como mínimo.
- 8.- El número máximo de faltas injustificadas será de 2, después de la segunda se dará por terminado el tratamiento.

9.-El tiempo maximo de espera sera de 15 minutos, despues de los 15 minutos no se atendera y habra perdido la sesion.

10.- El paciente se compromete a realizar las tareas clinicas y trabajos personales indicados en el momento por el psicologo.

11.- En caso de ser necesaio por indicacion del psicologo y previo acuerdo con el paciente, se compromete a facilitar el contacto con cualquier familiar o persona allegada con objeto de mejorar la eficacia de la intervencion.

La firma de la presente supone el consentimiento por todas las partes implicadas para que el programa de tratamiento se desarrolle conforme a las condiciones redactadas.

Cananea Sonora A ____ de ____/24.

Firma del paciente

Ps.C. Ericka L. Martinez Lopez

11-DIF-PR07-F02

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA
Área que lo Emite: DIF MUNICIPAL

"2025: Año de la inclusión de las personas con discapacidad"

H. Cananea, Sonora.

A quien corresponda:

Por medio de la presente se hace constar que el (a) menor:

Acudió a las oficinas de DIF Cananea con el fin de recibir "Terapia Psicológica"
el día _____ del año 2025

Atentamente

L.E.E Margarita J. Mungarro Valenzuela

Coordinación de Psicología

DIF CANANEA

11-DIF-PR07-F03

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

Gobierno de
Heroica Cananea

Av. Juárez No. 149 entre Cuarta Este Esquina Quinta Este, y Quinta Este,
Col. Centro, C.P. 84620, Heroica Cananea, Sonora, México
Tels. 645 332 5650 y 645 332 6490

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

-----, Cananea, Sonora

A QUIEN CORRESPONDA PRESENTE-.

Por medio de la presente manifiesto que el menor _____ de _____ años de edad asistió al departamento de Psicología el día 10 de abril para entrevista psicológica, en compañía de su mamá _____

Sin embargo, se informa que el día 09 de mayo de 2025 **NO ASISTIÓ** a su cita de seguimiento/evaluación en las instalaciones de esta misma institución y hasta el momento no se han presentado para reagendar otra sesión.

ATENTAMENTE

LPC. JESSICA IVETH MUÑIZ SALAS

No. Cedula Prof. 12333419

**PSICOLOGA ADSCRITA A LA SUBPROCURADURIA DE LA DEFENSA DE
LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR.**

11-DIF-PR07-F04

Consentimiento Informado

Lugar y fecha.

Yo _____ Autorizo que se lleve a cabo entrevista psicológica a mi hijo (a) _____ de _____ años de edad. Con la finalidad de comenzar tratamiento psicológico. Además, entiendo y comprendo las indicaciones dadas por la que suscribe este documento. Igualmente, he sido informado/a de: Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica, los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.

Que el responsable del fichero, ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

Psic. Jessica Muñoz Salas

Firma del padre o representante legal

Ced. Prof. 12333419

11-DIF-PR07-F05

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

10 de junio de 2025, Cananea, Sonora

A QUIEN CORRESPONDA

PRESENTE.-

Por medio de la presente manifiesto que el menor _____ de _____ años de edad asistió al departamento de Psicología el día 10 de abril para entrevista psicológica, en compañía de su mamá _____

Sin embargo, se informa que el día 09 de mayo de 2025 **NO ASISTIÓ** a su cita de seguimiento/evaluación en las instalaciones de esta misma institución y hasta el momento no se han presentado para reagendar otra sesión.

ATENTAMENTE

LPC. JESSICA IVETH MUÑIZ SALAS

No. Cedula Prof. 12333419

PSICOLOGA ADSCRITA A LA SUBPROCURADURIA DE LA DEFENSA DE LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR.

11-DIF-PR07-F06

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

**DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA**

No. EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

ENTREVISTA INICIAL ADULTO

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Escolaridad: _____

Dirección: _____

Estado Civil: _____ Celular: _____

Ocupación Actual: _____ Empresa/Escuela: _____

DATOS DE LA PAREJA

Nombre _____ Edad _____

Domicilio _____

Ocupación _____ Escolaridad _____

QUIENES VIVEN EN CASA

11-DIF-PR07-F01

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS

Servicio médico: _____

Adicciones:

Salud física: _____

Padecimiento:

¿Toma algún medicamento regularmente? Si _____ / No _____ / ¿Para qué? _____

¿Cuáles son? _____

MOTIVO

OBSERVACIONES

11-DIF-PR07-F01

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



**DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA**

No. EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

ENTREVISTA INICIAL ADOLESCENTE

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Escolaridad: _____

Dirección: _____

Estado Civil: _____ Celular: _____

Ocupación Actual: _____ Empresa/Escuela: _____

DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____ Vive: _____ Estado Civil: _____

Empresa: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____ Vive: _____ Estado Civil: _____

Empresa: _____

HABITANTES DE LA CASA:

11-DIF-PR07-F01

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



MOTIVO DE CONSULTA:

OBSERVACIONES:

PRIMEROS RECUERDOS:

- Háblame de tu infancia.
- ¿Tienes algún recuerdo bueno o malo?
- Descripciones y recuerdos significativos de los padres.
- Dime tres palabras que describan a tu madre:
- Dime tres palabras que describan a tu padre:
- ¿Con quién pasabas más tiempo: con tu padre o madre?
- ¿Qué métodos usan tus padres para corregirte y disciplinarte?
- ¿Qué actividades recreativas hacías con tus padres?

11-DIF-PR07-F01

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



- ¿Qué recuerdos tienes de tu relación con tus hermanos? • ¿Cómo era la relación con tus hermanos? • ¿Quién era tu hermano más cercano?
- ¿Con cuál de tus hermanos te sientes más identificado? ¿Por qué?
- ¿Con quién te llevas menos? ¿Por qué?

EXPERIENCIAS EN LA ESCUELA PRIMARIA

- ¿Cómo era la escuela para ti? ¿Te gustaba? ¿Cómo te iba en la escuela? ¿Te gustaba?
- Háblame de alguna experiencia inolvidable que hayas tenido en la escuela.
- Descríbeme algún problema que hayas tenido en la escuela.
- ¿Eras sociable en la escuela?
- ¿Tenías amigos?
- ¿Eran mujeres u hombres?

SECUNDARIA, PREPARATORIA Y UNIVERSIDAD

- ¿Qué recuerdos tienes de tu secundaria o preparatoria?

11-DIF-PR07-F01



- ¿Tenías amigos en secundaria o preparatoria? • ¿Con quién te llevabas mejor: con los hombres o con las mujeres?
- ¿Qué recuerdos positivos y negativos tienes de la secundaria o preparatoria?

N:

P:

- ¿Tienes recuerdos agradables e inolvidables de la secundaria o preparatoria?
- Descríbeme el peor problema que hayas tenido en la escuela.
- ¿Vas a ir a la universidad?
- ¿Qué proyecto de vida tienes?
- ¿Cuánto quisieras ganar mensualmente?

HISTORIA DE RELACIONES AMOROSAS

- ¿Te has enamorado alguna vez? ¿De quién?
- ¿Haz tenido novio (a)?
- ¿Recuerdas tu primer noviazgo?
- ¿En qué crees que consiste una buena relación amorosa?
- ¿Qué buscas en una pareja? • ¿Tienes una relación de noviazgo?
- ¿Qué te atrajo primero de tu pareja?

HISTORIA DE VIDA

11-DIF-PR07-F01



- ¿Qué información sexual te han dado tus padres?
- ¿Ha tenido alguna experiencia sexual traumática? (violación, incesto)
- ¿Cuál ha sido el día en qué más enojado te has sentido?
- ¿Alguna vez te has involucrado en alguna pelea? • ¿Has golpeado o has sido golpeado por alguien? • De tus padres y hermanos, ¿cómo te han enseñado a manejar la agresividad y el enojo?

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

- ¿Has consumido alcohol? • ¿Fumas? • ¿Has probado la marihuana o algún otro tipo de droga? • ¿Dónde y cómo la consigues? • ¿Cómo la pagas? • ¿Con qué dinero? • ¿Algún familiar tuyo es adicto?

HISTORIA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

- ¿Cuál es tu pasatiempo favorito?
- ¿Qué actividades prefieres evitar?

HISTORIA DEL DESARROLLO

- ¿Sabes si fuiste un hijo planeado o deseado?
- ¿Cómo fue el embarazo de tu madre?

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PSICOLOGIA	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR07Rev.01	FECHA DE ELABORACIÓN: 23-10-25

NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Ficha de inicio menor	Área de Psicología	Papel	3 años	DIF	Archivo Local
02	Carta Compromiso	Área de Psicología	Papel	3 años	DIF	Archivo Local
03	Consentimiento informado	Área de Psicología	papel	3 años	DIF	Archivo Local
04	Justificante	Área de Psicología	papel	3 años	DIF	Archivo Local
05	Ficha de Inicio Adulto	Área de Psicología	papel	3 años	DIF	Archivo Local
06	Ficha Inicio Adolescente	Área de Psicología	papel	3 años	DIF	Archivo Local.

VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PSICOLOGIA	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR07/REV.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Se hace entrevista a usuarios?			
2	¿Se hace evaluación en caso de ser necesaria?			
3	¿Se hace un plan de seguimiento y tratamiento psicológico?			
4	¿Se implementa la elaboración de pláticas y talleres?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANAÑA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PSICOLOGIA	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR07/REV.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-25

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			

11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

TRABAJO SOCIAL

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR08Rev.01

FECHA DE EMISIÓN: 21/03/2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Lograr el Bienestar Social. Ayudar a las personas para que obtengan servicios y recursos en sus comunidades. Formular e implementar políticas y programas que aumenten el bienestar de la gente y promuevan el desarrollo.

II.- ALCANCE

Este proceso aplica para todo el personal de DIF y personas vulnerables beneficiadas.

III.- DEFINICIONES

Formato de Apoyo: Formato utilizado para recaudar información de las necesidades de la persona solicitante.

Estudio Socioeconómico: análisis profundo y detallado de una persona o grupo de personas, con el objetivo de determinar su situación social y económica. El propósito de esta evaluación es conocer los factores que influyen en el bienestar de esta persona o grupo de personas.

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de la Administración Pública Municipal.

Código de Ética.

Plan Municipal de Desarrollo. 2020-2025

Lineamiento para la Elaboración de Manual de Procedimiento de la Administración Pública Municipal.

V.- POLITICAS

Recibir solicitud verbal por persona vulnerable. Llenado de documentación (anexando INE, Comprobante de Domicilio, Receta Médica, Diagnostico, fotografía de entrega de apoyo). Solicitar revisión y Firma de Dirección DIF.

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo

11-DIF-PR08-F01/REV.01
11-DIF-PR08-F02/REV.01
11-DIF-PR08-F03/REV.01
11-DIF-PR08-F04/REV.01
11-DIF-PR08-F05/REV.01
11-DIF-PR08-F06/REV.01
11-DIF-PR08-F07/REV.01

Nombre del Formato/Instructivo

Formato de Apoyo
Estudio Socioeconómico
Formato de Verificación Domiciliaria
Formato de Referencia vecinal
Formato de Verificación juzgado
Formato comprobación de verificación
Formato Estudio CADI

VII.- ANEXOS

Clave de anexo

11-DIF-PR08-A01/Rev.01

Nombre

Diagrama de Flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1	Trabajo Social	Realizar investigación	
1.1	Trabajo Social	Recibe información verbal sobre la necesidad de productos o servicios	
1.2	Trabajo Social	Llena formato de apoyo	11-DIF-PR08-F01/REV.01
1.3	Trabajo Social	Llena formato de Estudio Socioeconómico	11-DIF-PR08-F02/REV.01
1.4	Trabajo Social	Aprueba y Firma	
1.5	Trabajo Social	Entrega del beneficio solicitado	
1.6	Trabajo Social	Traslado y entrevista de verificación	11-DIF-PR08-F03/REV.01 11-DIF-PR08-F04/REV.01
1.7	Trabajo Social	Llenado de documentación (verificación)	11-DIF-PR08-F05/REV.01
1.8	Trabajo Social	Redacción de Verificación	11-DIF-PR08-F03/REV.01
1.9	Trabajo Social	Envío de Verificación (juzgado, correo, correspondencia o entrega en juzgado)	11-DIF-PR08-F05/REV.01
1.10	Trabajo Social	Captura de Programas (Pasapap, Niñas Adelante, Beca	

		terapia, Estímulos Económicos para Discapacidad, programas alimentarios 1000 días y Mis Primeros Pasos, Proyectos Productivos)		
1.11	Trabajo Social	Recopilación de Documentación de datos personales.		
1.12	Trabajo Social	Entrevista de cada programa para llenado de documentación.		
1.12	Trabajo Social	Registro en plataforma del Programa		
1.13	Trabajo Social	Apoyo en actividades requeridas en Casa Hogar con los menores (traslados, citas médicas, etc.)		
2	Comprobar Apoyos			
2.1	Trabajo Social	Archivar documentación de apoyo	Archivo	
2.2	Trabajo Social	Archivar copia de verificaciones	Archivo	
FIN DEL PROCEDIMIENTO				

Elaboró


Karina Gpe Rochin A
Directora DIF

Revisó


Luis Focuy Cabrera
Titular de OCEG

Aprobó

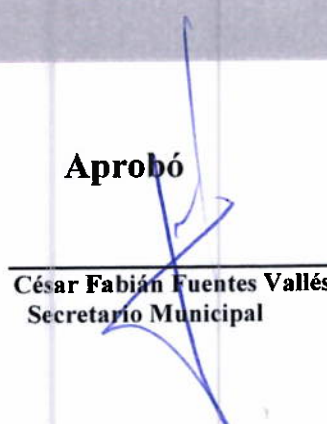
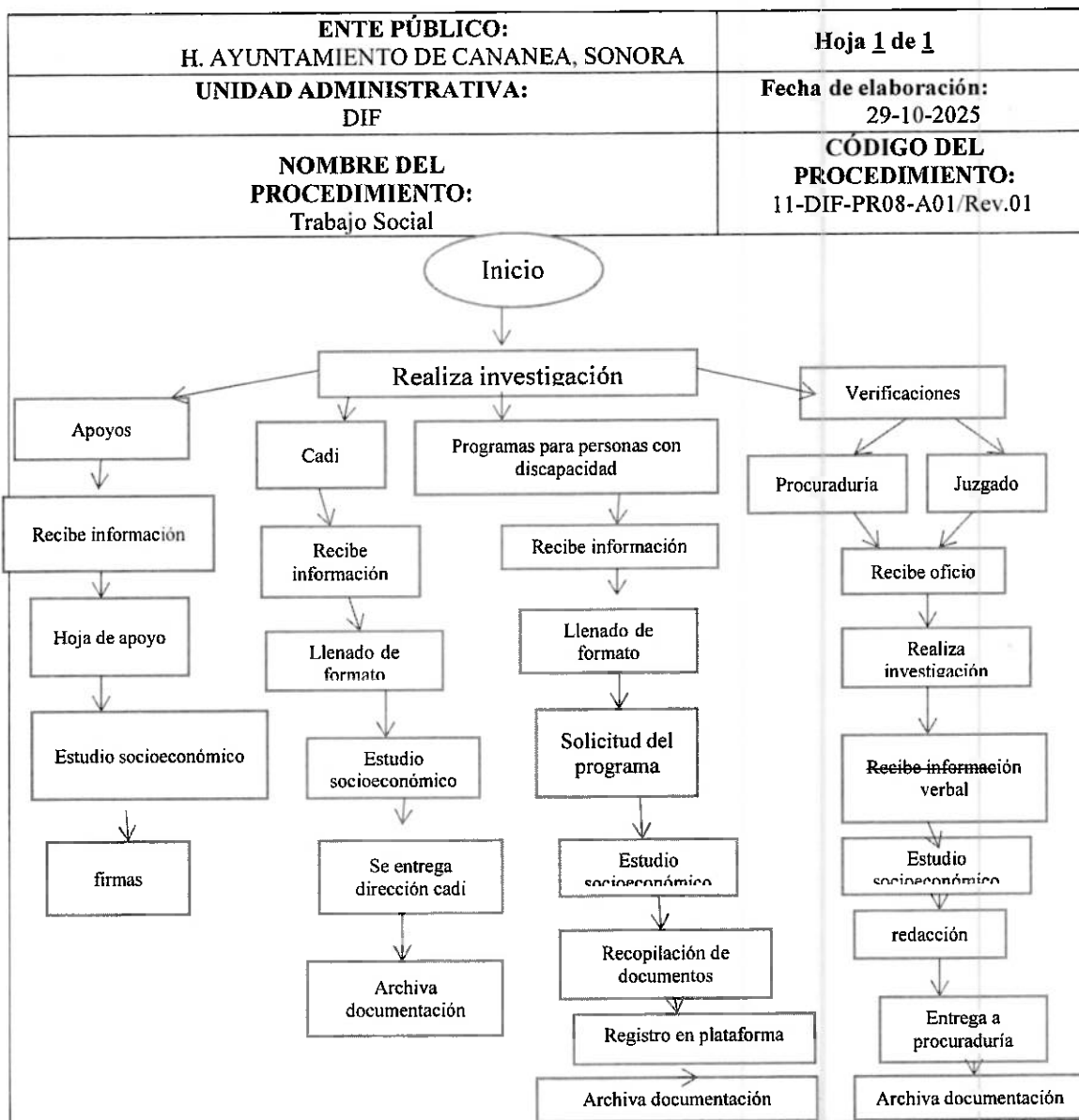

César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO





**Calle Calera #24, Esquina Calle La Colorada, Colonia Minera 2
Cananea, Sonora. Tel. 645 33 2 18 00**

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



SOLICITA: _____

1.- DATOS GENERALES

MUNICIPIO: _____

COLONIA: _____

CALLE O AVENIDA: _____

NOMBRE: _____

NÚMERO TEL: _____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

TIPO DE MARGINACIÓN: _____

MUY ALTA

ALTA

MEDIA

BAJA

MUY BAJA

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____

TIPO DE FAMILIA: MONOPARENTAL ☐BIPARENTAL ☐

2.- INTEGRACIÓN FAMILIAR Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

NOMBRES	PARENTESCO	SEXO	EDAD	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	ESCOLARIDAD

SI EXISTE ALGUNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, ESPECIFICAR DE QUE TIPO: _____

3.- INGRESOS FAMILIARES

REGISTRO DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SUSTENTO FAMILIAR

PADRE	SI	NO	\$	_____
MADRE	SI	NO	\$	_____
HIJOS	SI	NO	\$	_____
OTRO (ESPECIFICAR)	SI	NO	\$	_____

ALGUIEN TRABAJA FUERA DE LA COMUNIDAD

SI

NO

TOTAL INGRESO MENSUAL \$ _____

ESPECIFICAR DONDE _____

4.- GASTOS FAMILIARES

ALIMENTOS \$ _____

ESCUELA \$ _____

RENTA \$ _____

GAS \$ _____

VESTIDO \$ _____

AGUA \$ _____

LUZ \$ _____

INTERNET \$ _____

OTROS \$ _____

GASTOS TOTALES \$ _____

5.- ÁREA DE LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

ÁREA URBANA ☐ÁREA SUBURBANA ☐ÁREA RURAL ☐

6.- CONSTRUCCIÓN VIVIENDA

TECHO: LAMINA DE CARTÓN ☐ LAMINA DE ASBESTO ☐ MATERIAL ☐ MIXTO ☐PAREDES: ADOBE ☐ LADRILLO ☐ BLOCK ☐ MADERA ☐ LAMINA ☐ CARTÓN ☐PISO: TIERRA ☐ CEMENTO ☐ MADERA ☐ VITROPISO ☐

NÚMERO DE HABITACIONES TOTALES _____

ESPECIFICACIONES: SALA ☐ COCINA ☐ COMEDOR ☐ ESTANCIA ☐ RECAMARAS ☐ BAÑO ☐

7.- TIPO DE SANITARIO

FECALISMO LIBRE ☐ LETRINA ☐ FOSA SÉPTICA ☐ SANITARIO DRENAJE ☐ OTRO (ESPECIFIQUE): _____

8.- MOBILIARIO DE LA VIVIENDA

TV ☐ REFRIGERADOR ☐ ESTUFA DE GAS ☐ RADIO ☐ TELÉFONO ☐ OTROS APARATOS ELÉCTRICOS: _____

9.- APOYOS

RECIBE APOYO DE ALGÚN PROGRAMA SOCIAL: SI ☐ NO ☐

SEÑALE A CUALES:

DESPENSAS ☐MINERO RETIRADO ☐BECAS ☐BIENESTAR ☐MICROWAVAS ☐
LICUADORA ☐
BATIDORA ☐
TOSTADOR ☐
LAVADORA ☐
SECADORA ☐

10.- SERVICIO MÉDICO CON EL QUE CUENTA:

ISSSTE ☐ IMSS ☐ IMSS BIENESTAR ☐ MINERO RETIRADO ☐ ISSSTESON ☐ OTRO ESPECIFIQUE: _____

11.- OBSERVACIONES Y DIAGNÓSTICO ECONÓMICO DE LA FAMILIA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL DIF

11-DIF-PROB-F02

11-DIF-PRO1-PRO2-PRO3-PRO4-PRO5-PRO6-PRO7-PRO8-PRO9/REV01



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
Estudio Socioeconómico**

Fecha: _____

Tipo de apoyo: _____

Autoriza: _____

Nombre del solicitante: _____

Edad: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____

Horario de trabajo: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Datos de las personas que viven en el mismo domicilio:

Nombre	Edad	Sexo	Parentesco	Ocupación	Escolaridad

Salud

El estado de salud de la familia es:

Bueno () Regular () Malo ()

Principales enfermedades que ha padecido la familia en general:

Servicio médico al que recurre la familia:

DIF () Similar ()

IMSS () Auto receta ()

ISSSTE () Remedio casero ()

Centro de salud () Otro ()

Particular () Especifique: _____

Vivienda

La vivienda es:

Propia () Rentada () Prestada () Familiar ()

Número de cuartos de la vivienda: _____

Número de personas que duermen por cuarto: _____

¿La vivienda cuenta con cocina y baño propios? Si () No ()

Especifique: _____

La vivienda cuenta con:

Agua () Drenaje () Luz () Gas () Cable () Internet ()

El material de construcción de la vivienda es:

Ladillo () Madera () Adobe () Block () Otro ()

Especifique _____

El piso de la vivienda es:

Cemento () Tierra () Madera () Vitropiso () Thai ()

Situación Económica

Ingresos	Egresos	
Padre:	Alimentación:	Transporte:
Madre:	Renta:	Vestido:
Hijos:	Agua:	Médico
Otros:	Luz:	Recreación:
	Gas:	Varios:
	Cable:	Otros:
	Internet:	
	Total	

Nombre del solicitante: _____ Firma: _____

Firmas de autorización

Trabajadora Social

Nombre: _____

Firma: _____

11-DIFPR08-F02

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

Verificación Domiciliaria

Fecha: _____

Nombre del investigado: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Referencia Domicilio: _____

Antigüedad de la vivienda: _____

La vivienda es:

Propia () Rentada () Prestada () Familiar ()

Número de cuartos totales de la vivienda: _____ Número de recamaras: _____

Número de personas que duermen por cuarto: _____

¿La vivienda cuenta con cocina y baño propios? Si () No ()

Especifique: _____

La vivienda cuenta con:

Agua () Drenaje () Luz ()

El material de construcción de la vivienda es:

Tabique () Madera () Adobe () Otro ()

Especifique: _____

El piso de la vivienda es:

Cemento () Tierra () Madera () Mosaico ()

Integración familiar:

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Ingresos	Adicciones	Salud	Antecedentes Penales

A que se dedican las personas que habitan el domicilio: _____

Condiciones de la Vivienda: _____

Existe violencia en el domicilio: Si () No ()

De parte de quien: _____

Consume alcohol o algún tipo de droga: _____

Adicciones (Quien?) _____

Fecha: _____

Tipo de Droga: _____

Rehabilitación e Institución: _____

11-DIF-PR08-F03

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

Antecedentes Penales: _____

Quién? _____

Fecha? _____

Motivo: _____

Servicio médico al que recurre la familia:

DIF () Similar ()

IMSS () Auto receta ()

ISSSTE () Remedio casero ()

Centro de salud () Otro ()

Particular () Especifique: _____

Situación Económica

Ingresos	Egresos	
Padre:	Alimentación:	Transporte:
Madre:	Renta:	Vestido:
Hijos:	Agua:	Médico
Otros:	Luz:	Recreación:
	Gas:	Internet:
	Cable:	Varios:
	Total	

Ingreso familiar mensual: _____

Lugar donde presta servicios: _____

Puesto desempeñado: _____

Antigüedad laboral: _____

Días y horario laboral: _____

11-DIF-PR08-F03

Sueldo: _____

Información que pueda aportar sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes:

Grado de negación de las personas adultas a cargo de los niños, niñas y adolescentes:

Situación específica sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes:

Los niños están registrados en el registro civil? Si () No ()

Observación: _____

Tienen acta de nacimiento? Si () No ()

Observación: _____

Tienen la cartilla de vacunación completa? Si () No ()

Observación: _____

Hay algún menor que no viva con la familia? Si () No ()

Motivo: _____

La opinión de los menores es tomada en cuenta? Si () No ()

Observación: _____

Los menores expresan sus sentimientos: Si () No ()

Observación: _____

Quien cuida la mayor parte del tiempo? _____

Observación: _____

Ha visto peleas o cualquier acto violento? Si () No ()

Observación: _____

Ha recibido golpes o insultos? Si () No ()

11-DIF-PR08-F03

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

De parte de quién?

Recibe la alimentación adecuada? Si () No ()

Alimentos comunes?

El estado de salud de la familia es:

Bueno () Regular () Malo ()

Antecedentes médicos: _____

Recibe asistencia médica: _____

Principales enfermedades que ha padecido la familia en general:

Alguno de los integrantes de la familia padece alguna discapacidad? Si () No ()

Quien? _____

Cuál? _____

Requiere aditamentos: Si () No () silla de ruedas () muletas ()

Asisten a la escuela: Si () No ()

Nombre de la escuela: _____

Cuáles son sus calificaciones: Excelentes () Buenas () Normales () Malas ()

Asiste al plantel educativo cuando le realizan llamados: Si () No ()

Que refiere la maestra del menor: _____

Nombre del o la investigada: _____ Firma: _____

Trabajadora Social

Nombre: _____

Firma: _____

11-DIF-PR08-F03

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



Fecha: _____

Identificación:

Nombre: _____ Edad: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Antigüedad de la vivienda: _____

Referencia: _____

Cree usted que hay riesgo o algún factor de riesgo para la menor: _____

Por qué?

Se ha percatado alguna situación de descuido, abandono o cuidado negligente:

Sabe si consumen bebidas alcohólicas? _____

De ser el caso, con qué frecuencia: _____

Sabe si consumen drogas? _____

De ser el caso, con qué frecuencia: _____

Acciones generadas de violencia? _____

De ser el caso, con qué frecuencia: _____

Nombre del o la investigada: _____ Firma: _____

Trabajadora Social

Nombre: _____

Firma: _____

11-DIFPR08-F04

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



Verificación Juzgado

I. Datos del Investigado

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad
Domicilio (calle, número y colonia)			
Municipio	Entre calles		
Puntos de referencia para ubicar el domicilio		Teléfono fijo	
		Celular	
Empleo actual		Días y horario de trabajo	
Modo y gasto del traslado			

II. Integración familiar y sus características generales

Nombre	Parentesco	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación

Además del candidato, cuantas personas estuvieron presentes durante la entrevista (relación, parentesco):
Actitud del candidato durante la entrevista

III. Escolaridad

Nivel	Nombre de la Institución			Concluida
Primaria				
Secundaria				
Bachillerato				
Licenciatura				
Otros				
Estudia actualmente				
Idiomas	Ingles	Francés	Otro	

IV. Hábitos personales: Datos socioculturales

Concepto	Frecuencia	Costo aprox
Música		
Lectura		
Cine		
Teatro		
TV		
Internet		

Observaciones:

Salud e higiene

	Descripción	Dosis y medicamentos ingeridos	Costo
Defina su estado de salud			
En el último año ¿ha sido hospitalizado?	Razón:		
Número de incapacidades	Motivos:		
Actualmente ¿padece alguna enfermedad contagiosa?	Cual:		
Enfermedades que ha padecido el último año			
Problemas de visión: Sí () No () Tipo: _____	Con que frecuencia se realiza exámenes:		
Hipertensión	¿Quién?		
Servicio médico familiar	ISSSTE () IMSS () SSA () Seguro P () Otro:		
Estado de salud de la familia en general:	Familiar expuesto:		
Antecedente general de la familia:			
¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?			
¿Algún integrante de la familia consume bebidas alcohólicas?	Quien y con qué frecuencia:		
¿Consume algún tipo de droga?			
¿Algún familiar consume algún tipo de droga?	Quien y con qué frecuencia:		
Ejercicio físico que practica			
Frecuencia con que practica ejercicio			

VI.- Trayectoria laboral

Datos		Último empleo			Empleo anterior		
Empresa:							
Domicilio:							
Teléfono:							
Fecha de ingreso:	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Fecha de egreso:							
Puesto final:							
Sueldo							
Motivo de salida							

V. Datos de vivienda

Tipo de zona en la que habita							
Urbana	Céntrica	Sub-urbana		Periferia			
Residencial	Comercial	Popular		Barrio	Rural		
				Campestre	Ejidal		
Antigüedad de la zona:		Vías de acceso rápidas:					
Hay centros comerciales (comercios)							
Servicios públicos en la zona:	Agua	Alumbrado	Drenaje	Pavimentación	Transporte	Accesibilidad a internet	Áreas verdes

Clase social de la zona								
Alta:	Media alta:		Media:		Media baja:		Baja:	
Empresarios	Ejecutivos		Comerciantes		Sub empleados		Campesinos	
Funcionarios	Profesionistas		Empleados		Obreros		Empleo eventual	
Niveles de								
Delincuencia			Drogadicción			Alcoholismo		
Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto

Tipo habitación				
Casa	Departamento	Condominio	Unidad habitacional	Vivienda popular
Primera	Primera	Primera	INFONAVIT	Colonia
Media	Media	Media	FOVISSSTE	Vecindad
Popular	Popular	Popular	IMSS	Barranca
			Otras:	

Dimensiones y condiciones del inmueble				
Orden	Mobiliario	Limpieza	Distribución de la casa	
Ordenado	Completo	Limpio	Comedor	Sala
Desordenado	Incompleto	Normal	Cocina	Baño
Descuidado	Escaso	Sucio	Estudio	Estacionamiento
			Recamara	Cuarto de lavado
Renta:	Propiedad a nombre de:		Relación o parentesco:	
Hace cuánto tiempo habita el domicilio:		Cuántas personas habitan el inmueble:		
¿Qué parentesco tienen con el arrendatario?				
Condiciones generales de la vivienda (puertas, ventanas, muros, techo, piso, etc.)	Buena	Regular	Mala	Remodelación:
Mobiliario:	Bueno	Regular	Malo	Observaciones:
¿Tiene problemas de espacio?	Sí () No () Especificar causas:			

VI. Situación económica familiar

Ingreso	Egreso
Investigado:	Predial:
	Renta:
Cónyuge o pareja:	Agua:
	Teléfono:
Hijos:	Luz:
	Gas:
Familiares o personas indirectas:	Transporte:
	Alimentación:
	Educación:
	Medico:
	Diversión:
¿El investigado aporta al gasto familiar? ¿Cuánto?	

Dependientes económicos				
Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Servicio médico

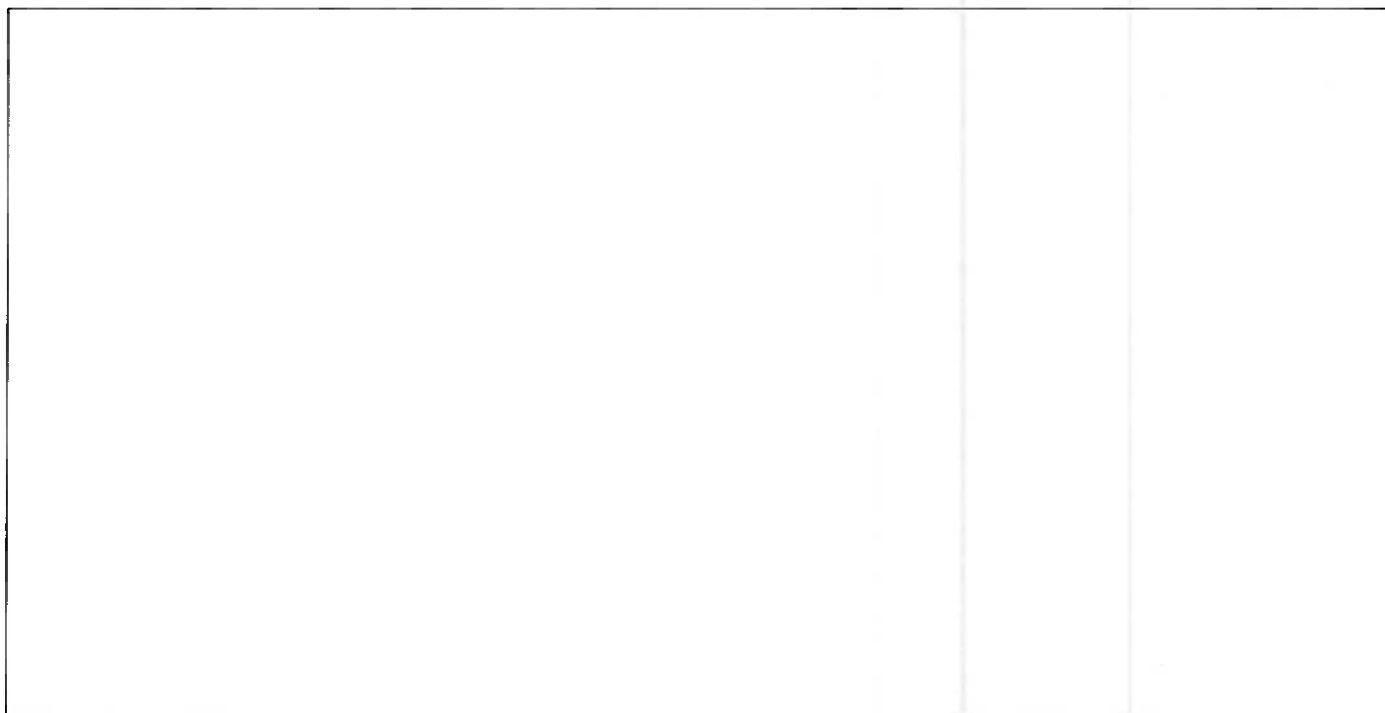
VII. Información de bienes

Inmuebles (casa, departamento, terreno, etc.)			
Extensión:		Valor:	Uso actual:
Marca de auto	Modelo	Año	Valor comercial
Observaciones:			

VIII. Tarjetas de crédito y/o comerciales

Banco o tienda comercial	Crédito autorizado	Saldo actual		
Observación:				
Tipo	Cantidad	Con quien	Forma y monto de pago	Saldo

IX. Croquis de ubicación



NOMBRE Y FIRMA INVESTIGADO

NOMBRE Y FIRMA ELABORO

11-DIFPR08-F06

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01



COMPROBACION DE VERIFICACION

H. Cananea, Sonora a _____ de _____ 20_____.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, MUNICIPIO DE CANANEA SONORA PRESENTE.-

Por medio de la presente yo
_____, presentando
identificación personal con Clave Única de Registro de Población (CURP)
_____. Declaro bajo protesta de decir verdad en
cuestión a la información aportada para la investigación correspondiente, de lo
contrario consiente estoy de la posibilidad de recibir alguna sanción, consideradas
por autoridades oficiales de ésta dependencia o Juzgado. Adjunto a esta carta
copia de credencial de elector la cual acredita mi identidad.

Sin más por exteriorizar permanezco a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE:

Número telefónico personal: _____

11-DIF-PR08-F06

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRABAJO SOCIAL	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR08Rev.01	FECHA DE ELABORACIÓN: 23-10-25

NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Formato de Apoyo	Área de Trabajo Social	Papel	3 años	DIF	Archivo Local
02	Estudio Socioeconómico	Área de Trabajo Social	Papel	3 años	DIF	Archivo Local
03	Formato de Verificación Domiciliario	Área de Trabajo Social	Papel	3 años	DIF	Archivo Local
04	Formato de referencia vecinal	Área de Trabajo Social	papel	3 años	DIF	Archivo Local
05	Formato de verificación juzgado	Área de Trabajo Social	papel	3 años	DIF	Archivo Local
06	Formato comprobación de verificación	Área de Trabajo Social	papel	3 años	DIF	Archivo Local

VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRABAJO SOCIAL	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR08Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Realiza investigación?			
2	¿Recibe información verbal sobre la necesidad de productos o servicios?			
3	¿Llena formato de apoyo?			
4	¿Llena formato de Estudio Socioeconómico?			
5	¿Recopilación de Documentación y Registro en plataforma del Programa?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRABAJO SOCIAL	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR08Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-25

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros?)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			

10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			
11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
Admisión de menores de Nuevo Ingreso al
Centro Asistencial de Desarrollo Infantil**

Elaboró:	Rev:
Aprobó:	Pag:
Clave:	Vo. Bo.:
PADPI-01:	Fecha:

Estudio Socioeconómico

DIF Estatal: _____

C.A.D.I.: _____ No. de Expediente: _____

Trabajador Social _____ Cuota: _____

¿Cómo se enteró del servicio?

Cartel () Volante () Vecino () Familiar () Otro ()

Especifique: _____

¿Quién cuida al menor?

Mamá () Abuela () Vecinos () Solos () Otro ()

Especifique: _____

Datos del Menor

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Número de Acta de Nacimiento: _____

Datos de los Padres

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____

Horario de trabajo: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____

Horario de trabajo: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Estructura Familiar

En caso de encontrarse la madre o el padre fuera del núcleo familiar indicar:

Causa: _____

Fecha de separación: _____

Datos de las personas que viven con el (la) menor

Nombre	Edad	Sexo	Parentesco	Ocupación	Escolaridad

¿Cómo es la relación entre pareja? _____

¿Cómo es la relación entre padres e hijos? _____

¿Cuáles son las actividades que realiza la familia en su tiempo libre? _____

Salud

El estado de salud de la familia es:

Bueno () Regular () Malo ()

Principales enfermedades que ha padecido el menor:

Método de planificación que utiliza:

Servicio médico al que recurre la familia:

DIF	()	Similar	()
IMSS	()	Auto receta	()
ISSSTE	()	Remedio casero	()
Centro de salud	()	Otro	()
Particular	()	Especifique:	

Vivienda

La vivienda es:

Propia () Rentada () Prestada () Familiar ()

Número de cuartos totales de la vivienda:

Número de personas que duermen por cuarto:

¿La vivienda cuenta con cocina y baño propios? Si () No ()

Especifique:

La vivienda cuenta con:

Agua () Drenaje () Luz ()

El material de construcción de la vivienda es:

Tabique () Madera () Adobe () Otro ()

Especifique _____

El piso de la vivienda es:

Cemento () Tierra () Madera () Mosaico ()

Situación Económica

Ingresos	Egresos	
Padre:	Alimentación:	Transporte:
Madre:	Renta:	Vestido:
Hijos:	Agua:	Médico
Otros:	Luz:	Recreación:
	Gas:	Varios:
	Total	

Persona que recogerá a el (la) menor:

En caso de emergencia acudir con:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia

C.P.

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Conozco el reglamento interno del Centro Asistencial de Desarrollo Infantil y estoy conforme con lo establecido en el.

Nombre del solicitante: _____ Firma: _____

Nombre del responsable: _____ Firma: _____

Firmas de autorización

Trabajadora Social

Nombre: _____

Firma: _____

Directora de CADI

Nombre: _____

Firma: _____

11-DIF-PR08-F07

11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AMBULANCIA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR09/Rev.01

FECHA DE EMISIÓN: 29-10-2025

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Brindar atención primaria a pacientes con algún tipo de enfermedad para traslado de ambulancia interno o externo de la ciudad.

II.- ALCANCE

Cualquier persona que requiera de atención básica de ambulancia

III.- DEFINICIONES

Formato de Ambulancia: Formato utilizado para el traslado de personas, que contiene fecha, datos de trasladista, datos paciente, estudio socioeconómico.

Trasladista:: Persona encargada de Dif

Paciente: Persona enferma

Estudio socioeconómica: Evaluación económica del paciente

IV.- REFERENCIAS

Reglamento de la Administración Municipal de Cananea

Código de Ética del Municipio de Cananea

Ley de Gobierno y Administración Municipal

V.- POLITICAS

Se atenderá en cualquier horario a cualquier persona que cuente con los requisitos previamente mencionados.

VI.- FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Clave de Formato/Instructivo

11-DIF-PR09-F01/Rev.01

Nombre del Formato/Instructivo

Formato de Ambulancia

VII.- ANEXOS

Clave de anexo

11-DIF-PR09-A01/Rev. 01

Nombre

Diagrama de flujo

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
1	Administración Dif	Familiar de paciente solicita servicio de ambulancia a administración	
2	Administración Dif	Administración realiza el	11-DIF-PR09-F01

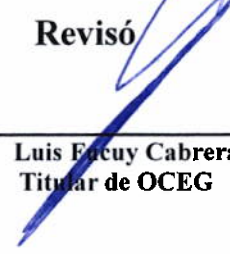
11-DIF-PR01-PR02-PR03-PR04-PR05-PR06-PR07-PR08-PR09/REV01

		llenado de formato de ambulancia.	
3	Administración Dif	Administración informa y asigna al encargado	
4	Administración Dif	El encargado realiza el traslado	
5	Administración Dif	Se cobra el servicio.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

Elaboró


Karina Gpe Rochin A
Directora DIF

Revisó


Luis Encuy Cabrera
Titular de OCEG

Aprobó


César Fabián Fuentes Vallés
Secretario Municipal

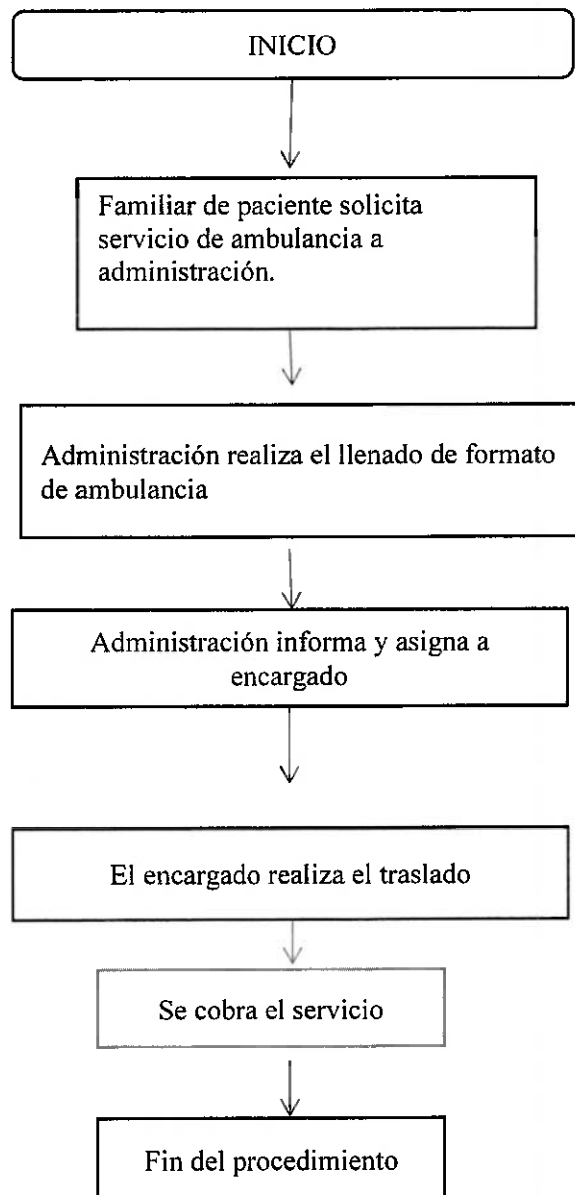
INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AMBULANCIA	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR09/Rev.01	FECHA DE ELABORACIÓN: 23-10-25

NO.	REGISTRO	PUESTO RESPONSABLE*	RESGUARDO			DISPOSICIÓN FINAL
			TIPO	TIEMPO	UBICACIÓN	
01	Formato de Ambulancia	Área de Administración	Papel	3 años	DIF	Archivo Local

DIAGRAMA DE FLUJO

ENTE PÚBLICO: H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA	Hoja 1 de 1
UNIDAD ADMINISTRATIVA: DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	Fecha de Elaboración: 29 de Octubre del 2025
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AMBULANCIA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR09/Rev.01





**SISTEMA PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL**



Encargado de ambulancia, y/o Paramédico:

Nombre: _____

Fecha de traslado: _____

Nombre de quien traslada: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Curp: _____

Teléfono: _____

LUGAR DE TRASLADO:

De: _____ A: _____

GASTOS DE TRASLADO:

Gasolina: \$ _____

Gratificación: \$ _____

DIF: \$ _____

Comida: \$ _____

ESTUDIO SOCIOECONOMICOS:

1.- DATOS GENERALES

Colonia: _____

Calle o avenida: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Fecha de nac: _____ tipo de familia: Monoparental: _____ biparental: _____

2.-INTEGRACIÓN FAMILIAR Y CARACTERISTICAS GENERALES

Personas que vivan en casa: _____ Existe alguna con discapacidad: SI _____ No. _____

3.- INGRESOS FAMILIARES: _____ Alguien trabaja fuera de la comunidad si _____ no _____

Especificar donde: _____

4.- GASTO FAMILIAR: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA DE DIRECCION DEL DIF

VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AMBULANCIA	HOJA 1 DE 1
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR09/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 23-10-25

No.	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	SI	NO	NOTAS
1	¿Familiar de paciente solicita servicio de ambulancia a administración?			
2	¿Se llena un formato de ambulancia?			
3	¿Se asigna un encargado?			
4	¿El encargado realiza el traslado?			

Nombre y firma del verificador

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO:
H. AYUNTAMIENTO DE CANANEA SONORA
DIF MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AMBULANCIA	HOJA 1 DE 2
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 11-DIF-PR09/Rev.01	FECHA DE LA VERIFICACIÓN 23-10-25

No.	REACTIVOS	SI	NO	N/A
1	¿El objetivo refleja lo que se espera lograr con la ejecución del procedimiento?			
2	¿Se definió el alcance del procedimiento, es decir: ¿A qué se aplica? ¿A quiénes les aplica? ¿Hasta dónde se aplica? (Personas, documentos, acciones, zona geográfica)			
3	¿El campo definiciones refiere todas las siglas y/o palabras poco comunes, que se presten a interpretaciones erróneas, conceptos especializados y abreviaturas incluidos en el procedimiento?			
4	¿Se establecieron las referencias específicas del procedimiento, es decir las relaciones o vínculos con otros elementos (¿leyes, guías, otros procedimientos, entre otros)?			
5	¿Se establecieron las políticas del procedimiento?			
6	¿Se dividió el procedimiento en actividades sustantivas y detalladas?			
7	¿Se describieron en orden cronológico y secuencial todas y cada una de las actividades que conforman el procedimiento?			
8	¿Su secuencia operativa es correcta? Es decir, si se llevan a cabo las actividades tal como se escribieron ¿es posible completar el procedimiento o se "interrumpe" en alguna actividad?			
9	¿Se identificaron los registros necesarios en su columna correspondiente?			
10	¿Se elaboraron formatos requeridos para el procedimiento?			

11	¿Se elaboraron los instructivos requeridos para el procedimiento?			
12	¿Se elaboró el diagrama de flujo del procedimiento?			
13	¿Se describieron en el campo "Anexos" del formato "Elaboración de procedimientos" el nombre del diagrama de flujo demás anexos del procedimiento?			
14	¿Se adjuntaron los formatos, instructivos y anexos al procedimiento?			
15	¿Se ingresó nombre y puesto de los responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento?			

Nombre y firma del verificador