

**Programas
Comunitarios**
Desarrollo Económico
y Combate a la Desigualdad

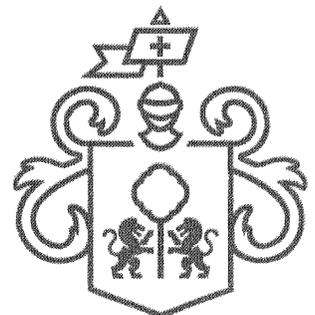
Manual de **Procedimientos**

CGDEC-PCOM-MP-00-0820

Fecha de elaboración: Agosto 2020

Fecha de actualización: N/A

Versión: 00

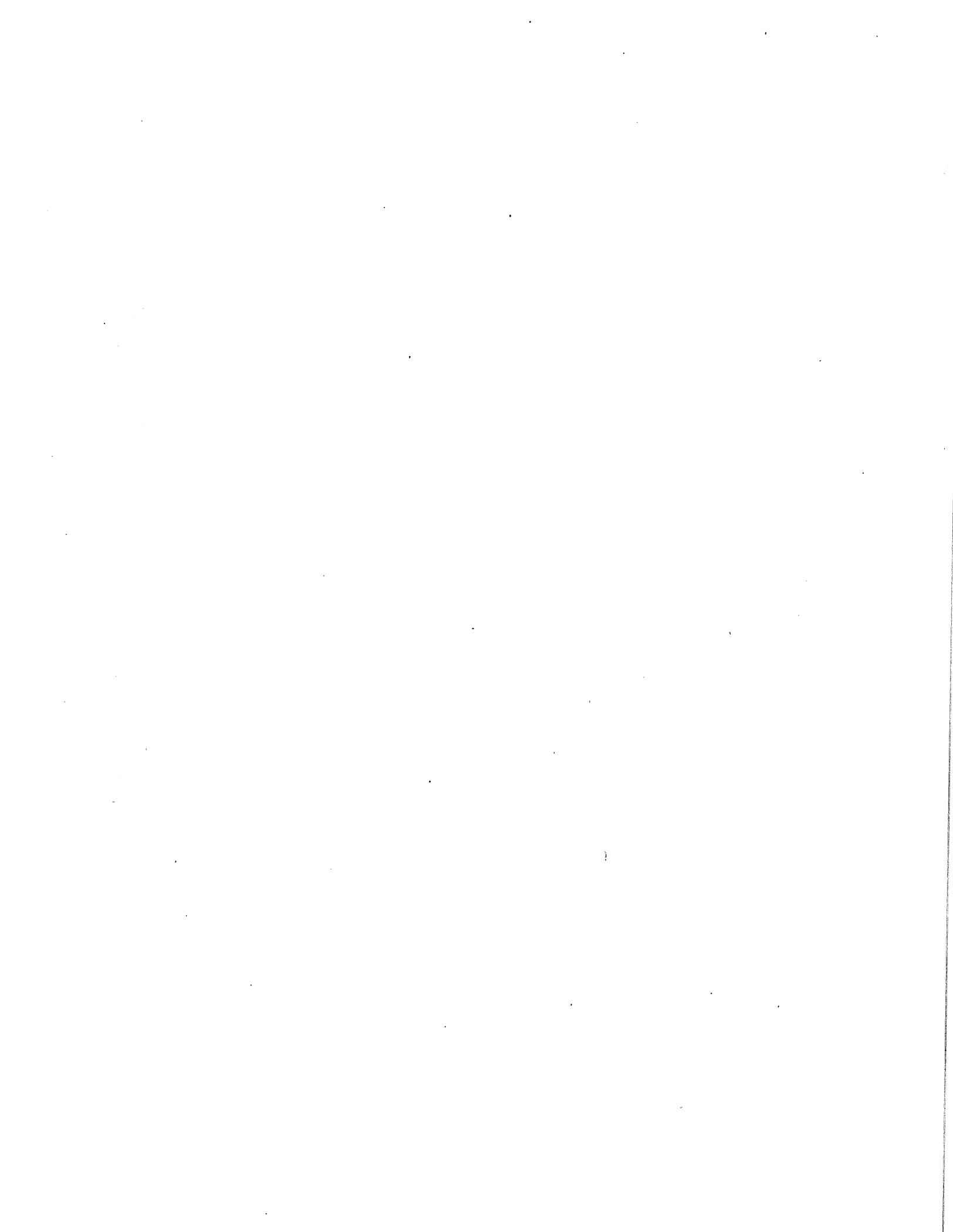


Gobierno de
Guadalajara



Índice

| | |
|--|-----------|
| A. Presentación..... | 3 |
| B. Políticas generales de uso del manual de procedimientos | 4 |
| C. Objetivos del manual de procedimientos..... | 5 |
| 1. Inventario de procedimientos..... | 6 |
| 2. Diagramas de flujo..... | 7 |
| 3. Glosario | 93 |
| 4. Autorizaciones | 94 |





A. Presentación

El presente Manual de Procedimientos tiene como propósito contar con una guía rápida y específica que incluya la operación y desarrollo de las actividades de las diferentes áreas del Gobierno Municipal de Guadalajara; así como servir de instrumento de apoyo para la mejora institucional.

Incluye en forma ordenada y secuencial las operaciones de los procedimientos a seguir para las actividades laborales, motivando con ello un buen desarrollo administrativo y dando cumplimiento a lo establecido en el Código de Gobierno Municipal de Guadalajara.

Este documento está sujeto a actualización conforme se presenten variaciones en la ejecución de los procedimientos, en la normatividad establecida, en la estructura orgánica o bien en algún otro aspecto que influya en la operatividad del mismo.





B. Políticas generales de uso del manual de procedimientos

1. El Manual de Procedimientos debe estar disponible para consulta del personal que labora en el Gobierno Municipal de Guadalajara, así como de la ciudadanía en general.

2. El Funcionario de primer nivel o Director del área responsable de la elaboración y del contenido del manual, es el encargado de difundir al personal interno el presente documento, así mismo en los casos en que se actualice el documento informarles oportunamente.

3. El Manual de Procedimientos es un documento oficial e institucional, el cual debe presentar las firmas de autorización, Visto Bueno y Asesoría y Supervisión de los siguientes funcionarios:

- Coordinador general o titular de la dependencia del área que elabora el manual
- Director de área que elabora el manual
- Director de Innovación Gubernamental
- Departamento de Gestión de la Calidad

4. El Manual de Procedimientos contiene un cuadro de control ubicado en la portada con las siguientes especificaciones:

Fecha de elaboración: Mes y año en que se elaboró la 1ª versión del manual. Para las áreas que lo elaboren por primera vez éste será el manual vigente.

Fecha de actualización: Mes y año de la versión más reciente y vigente del manual para las áreas que lo actualicen.

Versión: Número consecutivo que representa las veces en que el manual se ha actualizado y que va en relación con el campo de "Fecha de actualización".

Código del manual: Código asignado al Manual de Procedimientos y representado por las iniciales de la Coordinación General o Dependencia (AAAAA), seguido por las iniciales de la Dirección de Área (BBBB), tipo de documento (MP), número de versión (00), y fecha de elaboración o actualización (MMAA).



C. Objetivos del manual de procedimientos

Este Manual de Procedimientos es un documento informativo, cuyos objetivos son:

- Servir de marco de referencia y guía para llevar a cabo el trabajo diario de cada unidad, orientadas a la consecución de los objetivos de la dependencia además de contribuir a la división del trabajo, capacitación y medición de su desempeño.
- Delimitar las responsabilidades y competencias de todas las áreas que componen la organización, para detectar omisiones y evitar duplicidad de funciones.
- Actuar como medio de información, comunicación y difusión para apoyar la inducción del personal de nuevo ingreso al contexto de la institución.
- Contribuir a fundamentar los programas de trabajo y presupuestos de las dependencias.
- Describir los procesos sustantivos del área, así como los procedimientos que lo conforman y sus operaciones en forma ordenada, secuencial y detallada.
- Implementar formalmente los métodos y técnicas de trabajo que deben seguirse para la realización de las actividades.
- Otorgar al servidor público una visión integral de sus funciones y responsabilidades operativas al ofrecerle la descripción del procedimiento en su conjunto, así como las interrelaciones de éste con otras unidades de trabajo para la realización de las funciones asignadas.
- Servir como base para identificar áreas de oportunidad de mejora en los procedimientos.



1. Inventario de procedimientos

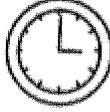
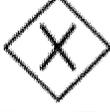
| Procedimiento | Código | Pág. | SGC |
|---|---------------------|------|-----|
| Solicitudes de Atención | CGDEC-PCOM-P-00-01 | 8 | |
| Conformación de Expedientes | CGDEC-PCOM-P-00-02 | 10 | |
| Actividades Diarias | CGDEC-PCOM-P-00-03 | 12 | |
| Solicitudes de Atención | CGDEC-PCOM-P-00-04 | 14 | |
| Conformación de Expedientes | CGDEC-PCOM-P-00-05 | 16 | |
| Actividades Diarias | CGDEC-PCOM-P-00-06 | 18 | |
| Actividades diarias | CGDEC-PCOM-P-00-07 | 20 | |
| Sinergias con otras dependencias | CGDEC-PCOM-P-00-08 | 22 | |
| Recepción de documentos y elaboración de convenios con sinergias concretadas | CGDEC-PCOM-P-00-09 | 24 | |
| Convocatoria a instructores y capacitadores particulares | CGDEC-PCOM-P-00-10 | 26 | |
| Entrevista y recepción de documentos y/o proyectos con instructores y/o capacitadores | CGDEC-PCOM-P-00-11 | 28 | |
| Difusión de servicios, cursos, talleres y capacitaciones. | CGDEC-PCOM-P-00-12 | 30 | |
| Inscripción de usuarias y usuarios | CGDEC-PCOM-P-00-13 | 32 | |
| Ejecución de talleres, cursos, capacitaciones y/ o servicios. | CGDEC-PCOM-P-00-14 | 34 | |
| Creación de listas de asistencias de usuarias y usuarios | CGDEC-PCOM-P-00-15 | 36 | |
| Programa Primero Comer | CGDECD-PCOM-P-00-16 | 38 | |
| Entrega de apoyo | CGDECD-PCOM-P-00-17 | 40 | |
| Capacitación | CGDECD-PCOM-P-00-18 | 42 | |

Código del procedimiento

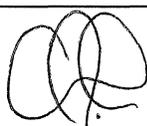
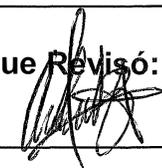
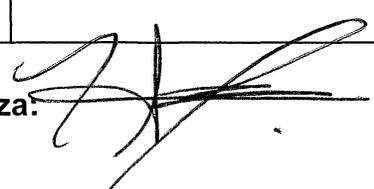
Código asignado al procedimiento y representado por las iniciales de la Coordinación General o Dependencia (AAAAA), seguido por las iniciales de la Dirección de Área (BBBB), tipo de documento (P), número de versión (00), y número consecutivo (00).



2. Diagramas de flujo

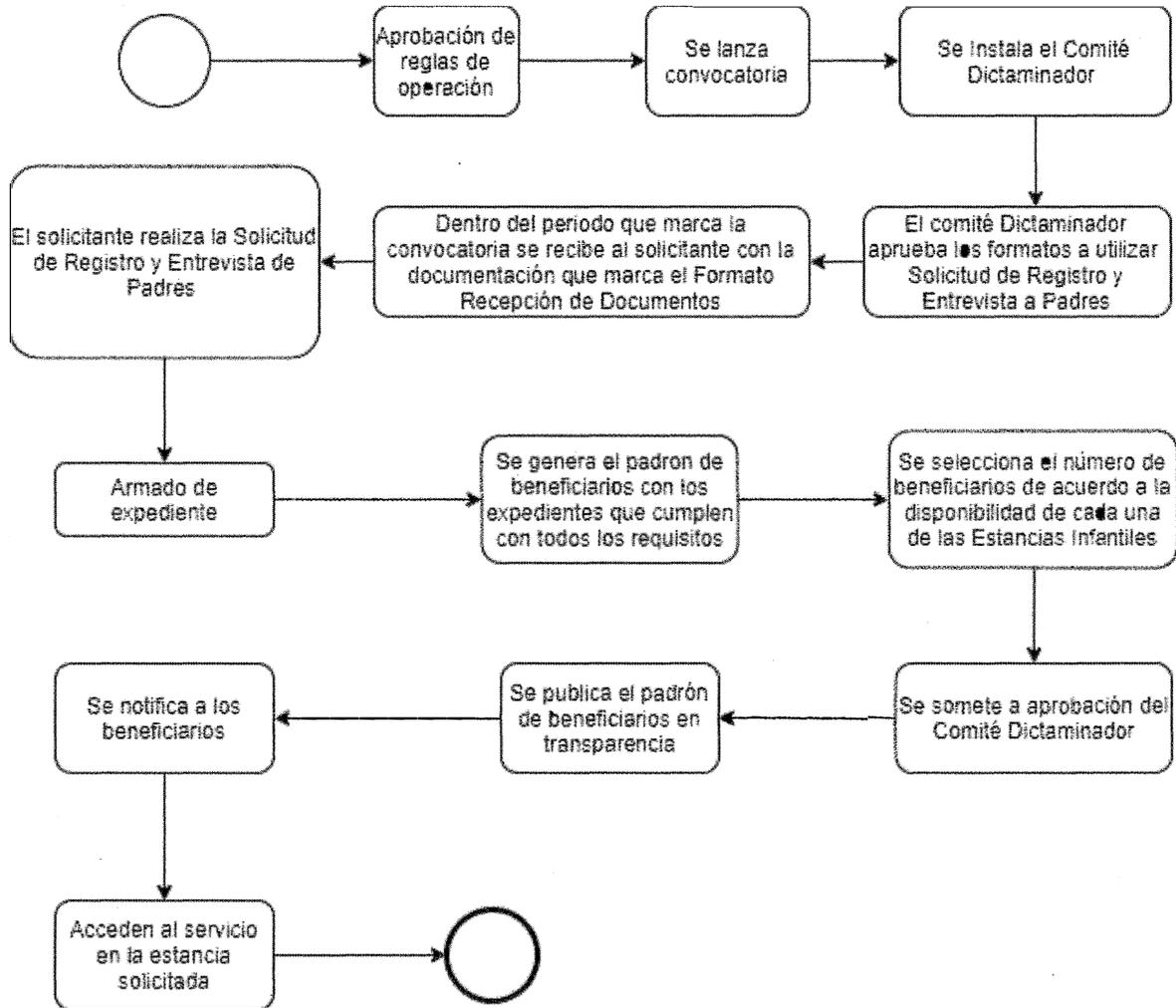
| Símbolo | Significado |
|---|-----------------------------|
|  | Inicio de diagrama de flujo |
|  | Conector intermedio |
|  | Espera |
|  | Fin de diagrama de flujo |
|  | Actividad |
|  | Decisión exclusiva |
|  | Flujo de secuencia |



| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área de apoyo para los Programas de Estancias Infantiles, conocida como: Jefatura de "Estancias Infantiles Municipales" |
| Procedimiento: | Solicitudes de Atención |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-01 |
| Fecha de Elaboración: | 15 de agosto de 2020 |
| Persona que Elaboró: | Lorena Alejandra Virgen Sánchez Jefa de Estancias Infantiles Municipales |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|-------------------------|--------------------|
| Solicitudes de Atención | CGDEC-PCOM-P-00-01 |





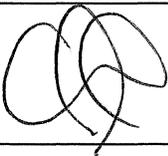
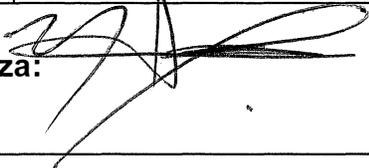
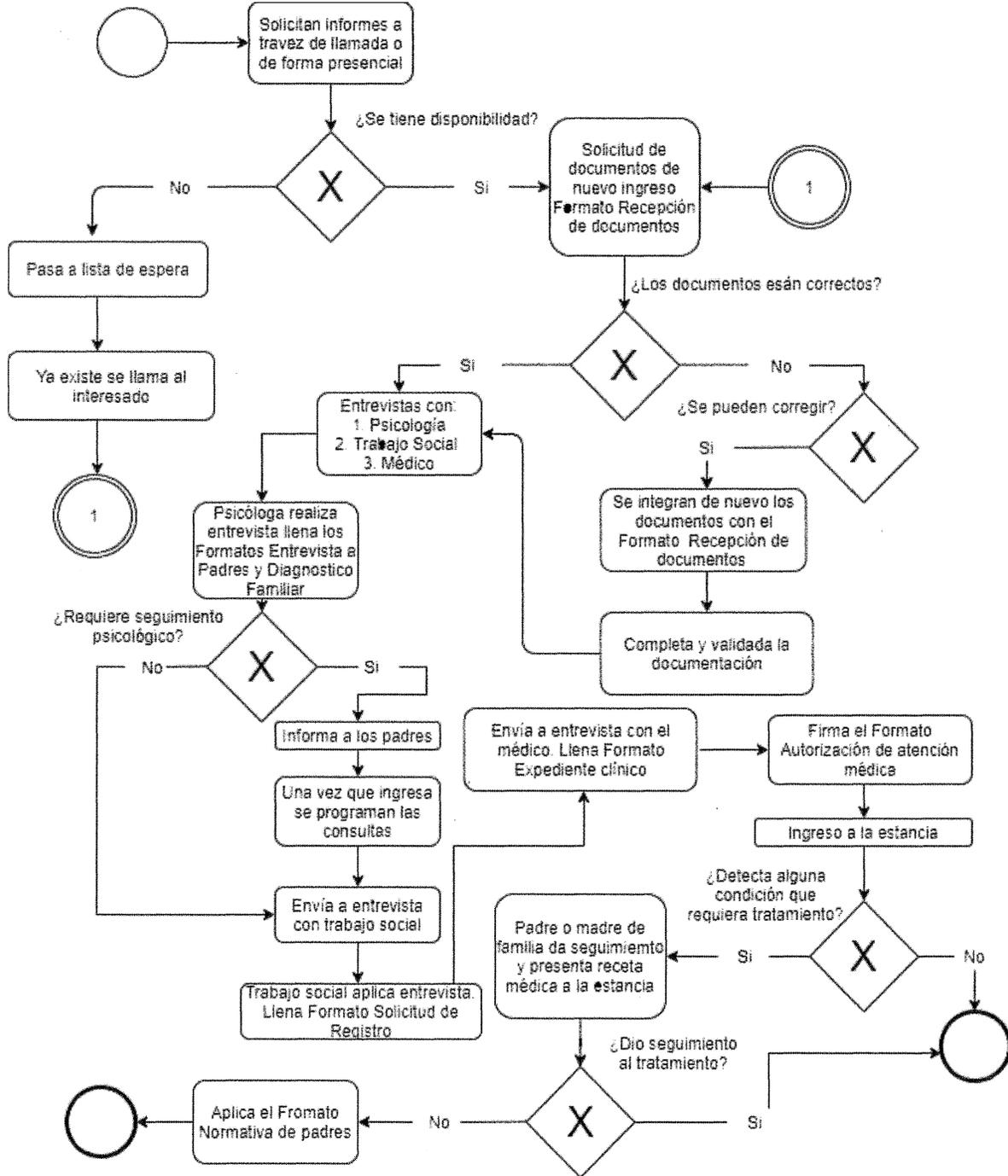
| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área de apoyo para los Programas de Estancias Infantiles, conocida como: Jefatura de "Estancias Infantiles Municipales", Subprograma Estancias Infantiles Municipales |
| Procedimiento: | Conformación de Expedientes |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-02 |
| Fecha de Elaboración: | 15 de agosto de 2020 |
| Persona que Elaboró: | Lorena Alejandra Virgen Sánchez Jefa de Estancias Infantiles Municipales |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



Diagrama de Flujo

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| Conformación de Expedientes | CGDEC-PCOM-P-00-02 |
|-----------------------------|--------------------|





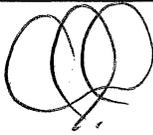
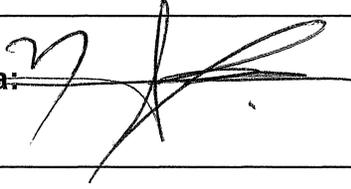
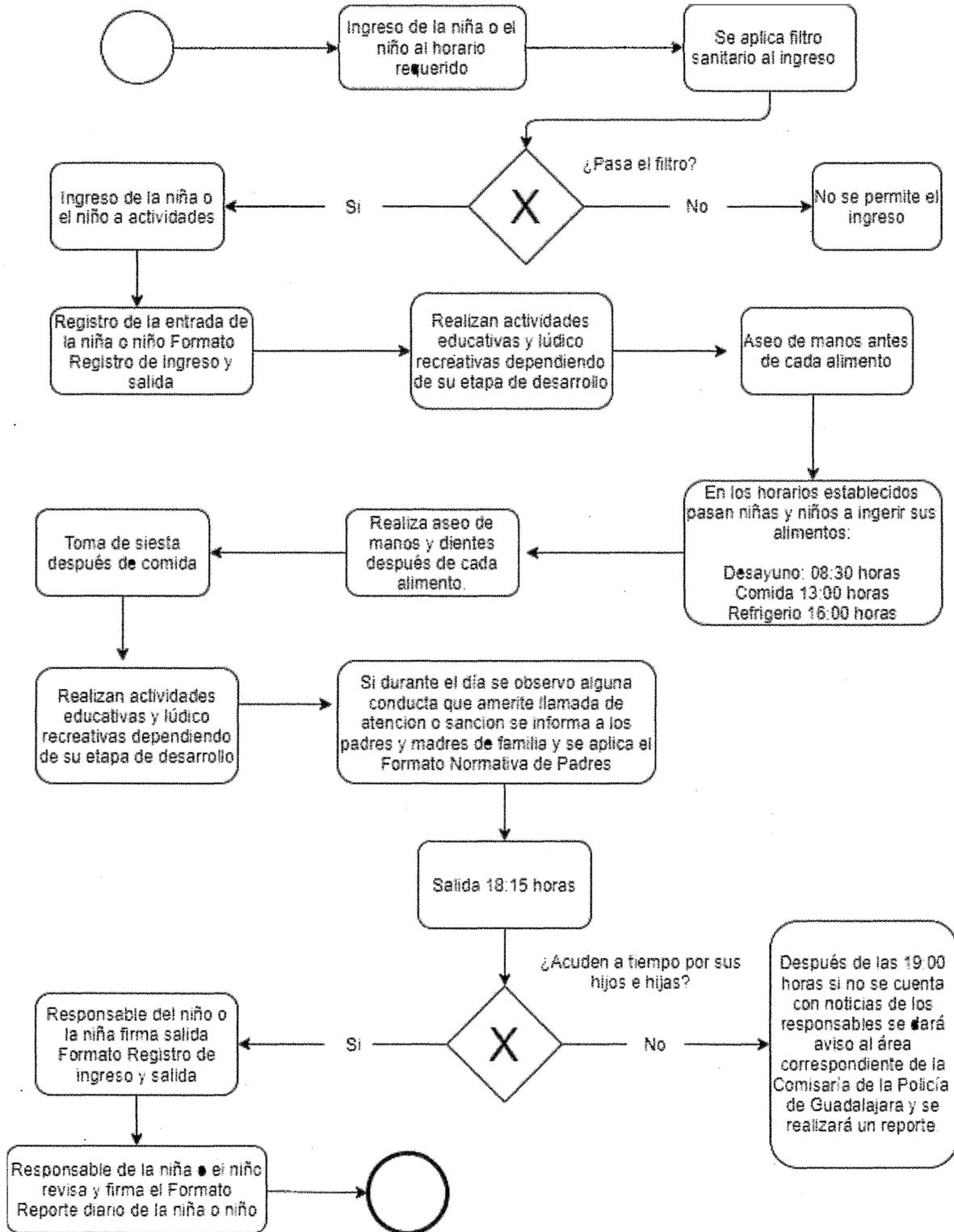
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área de apoyo para los Programas de Estancias Infantiles, conocida como: Jefatura de "Estancias Infantiles Municipales", Subprograma Estancias Infantiles Municipales |
| Procedimiento: | Actividades Diarias |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-03 |
| Fecha de Elaboración: | 15 de agosto de 2020 |
| Persona que Elaboró: | Lorena Alejandra Virgen Sánchez Jefa de Estancias Infantiles Municipales |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |

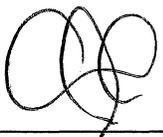
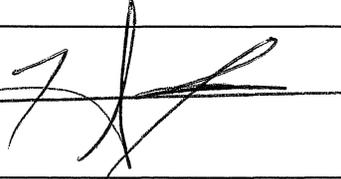


Diagrama de Flujo

Actividades Diarias CGDEC-PCOM-P-00-03

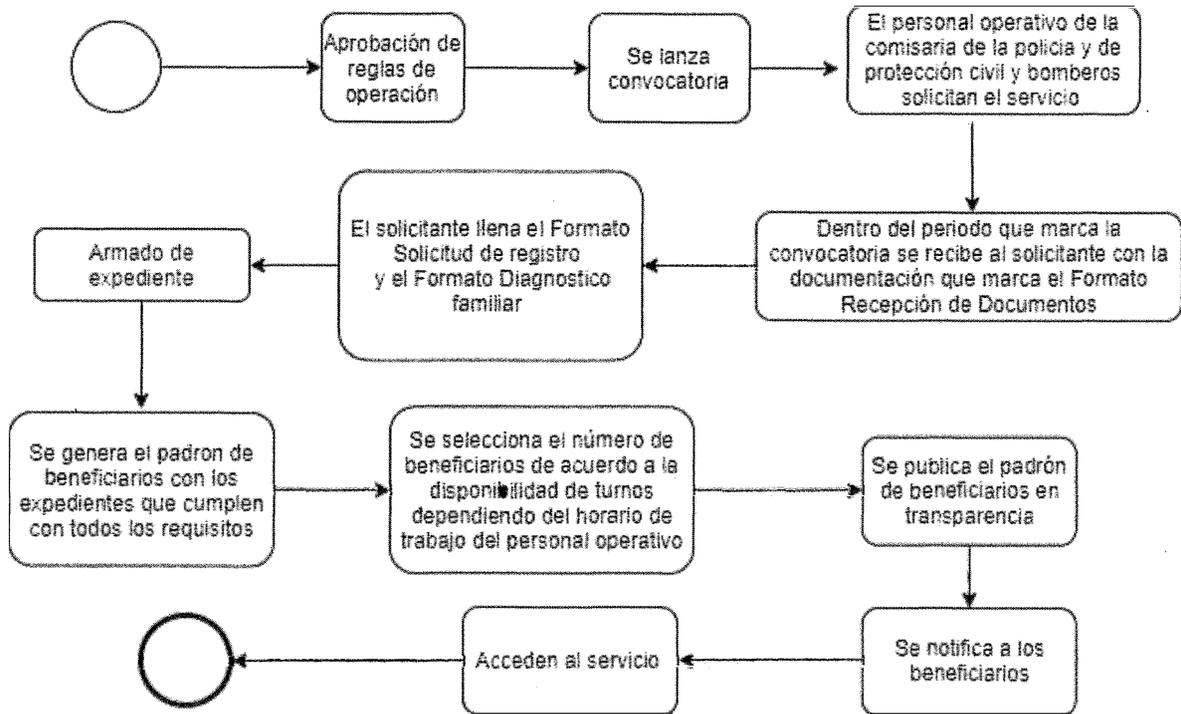




| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área de apoyo para los Programas de Estancias Infantiles, conocida como: Jefatura de "Estancias Infantiles Municipales", Subprograma Guardería 24/7 |
| Procedimiento: | Solicitudes de Atención |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-04 |
| Fecha de Elaboración: | 15 de agosto de 2020 |
| Persona que Elaboró: | Lorena Alejandra Virgen Sánchez Jefa de Estancias Infantiles Municipales |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|-------------------------|--------------------|
| Solicitudes de Atención | CGDEC-PCOM-P-00-04 |





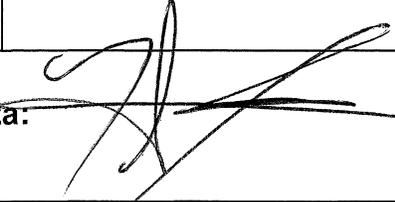
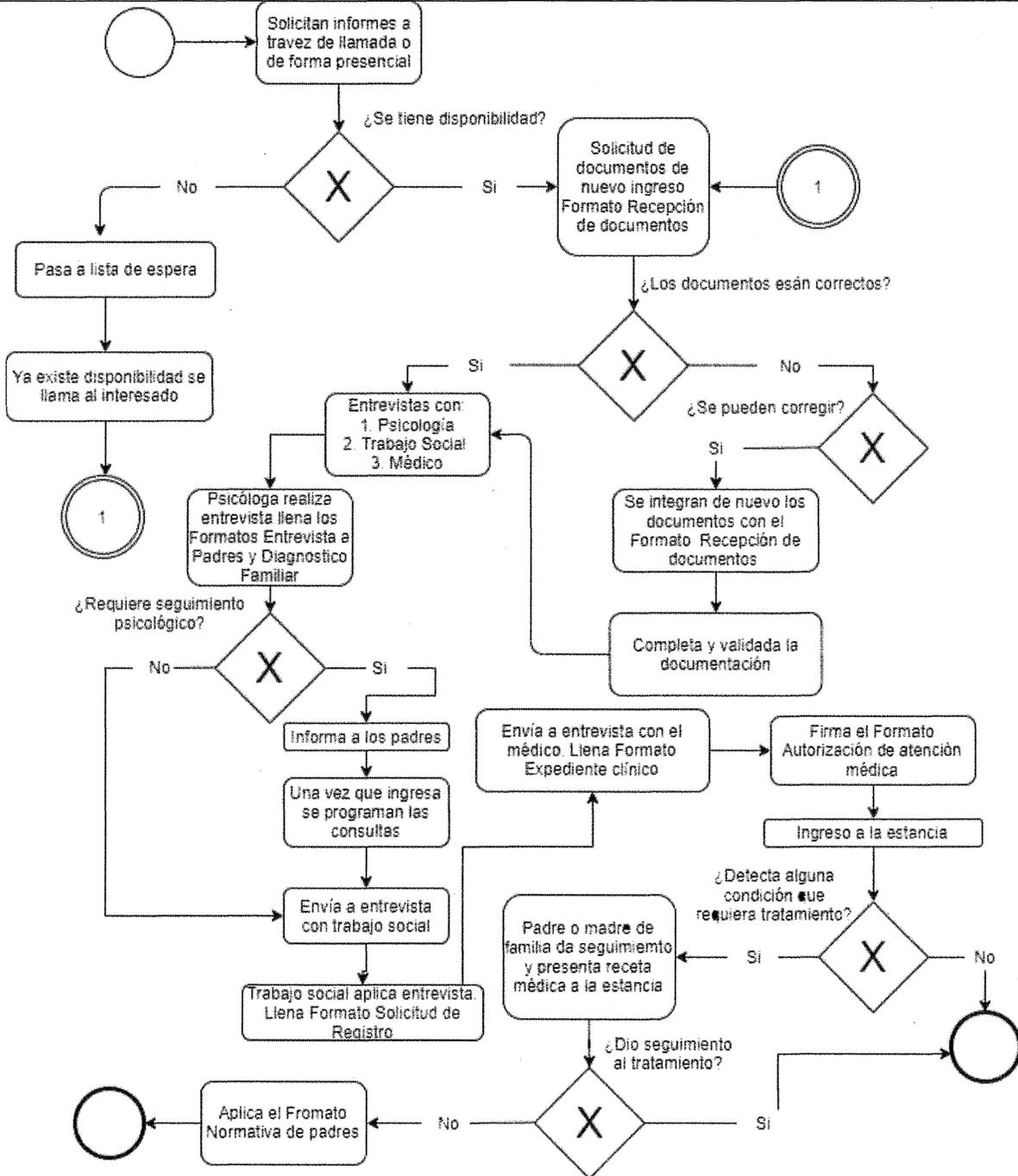
| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área de apoyo para los Programas de Estancias Infantiles, conocida como: Jefatura de "Estancias Infantiles Municipales", Subprograma Guardería 24/7 |
| Procedimiento: | Conformación de Expedientes |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-05 |
| Fecha de Elaboración: | 15 de agosto de 2020 |
| Persona que Elaboró: | Lorena Alejandra Virgen Sánchez Jefa de Estancias Infantiles Municipales |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



Diagrama de Flujo

Conformación de Expedientes CGDEC-PCOM-P-00-05





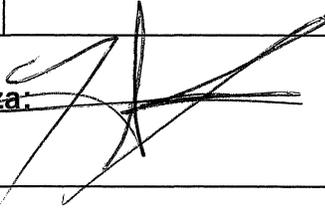
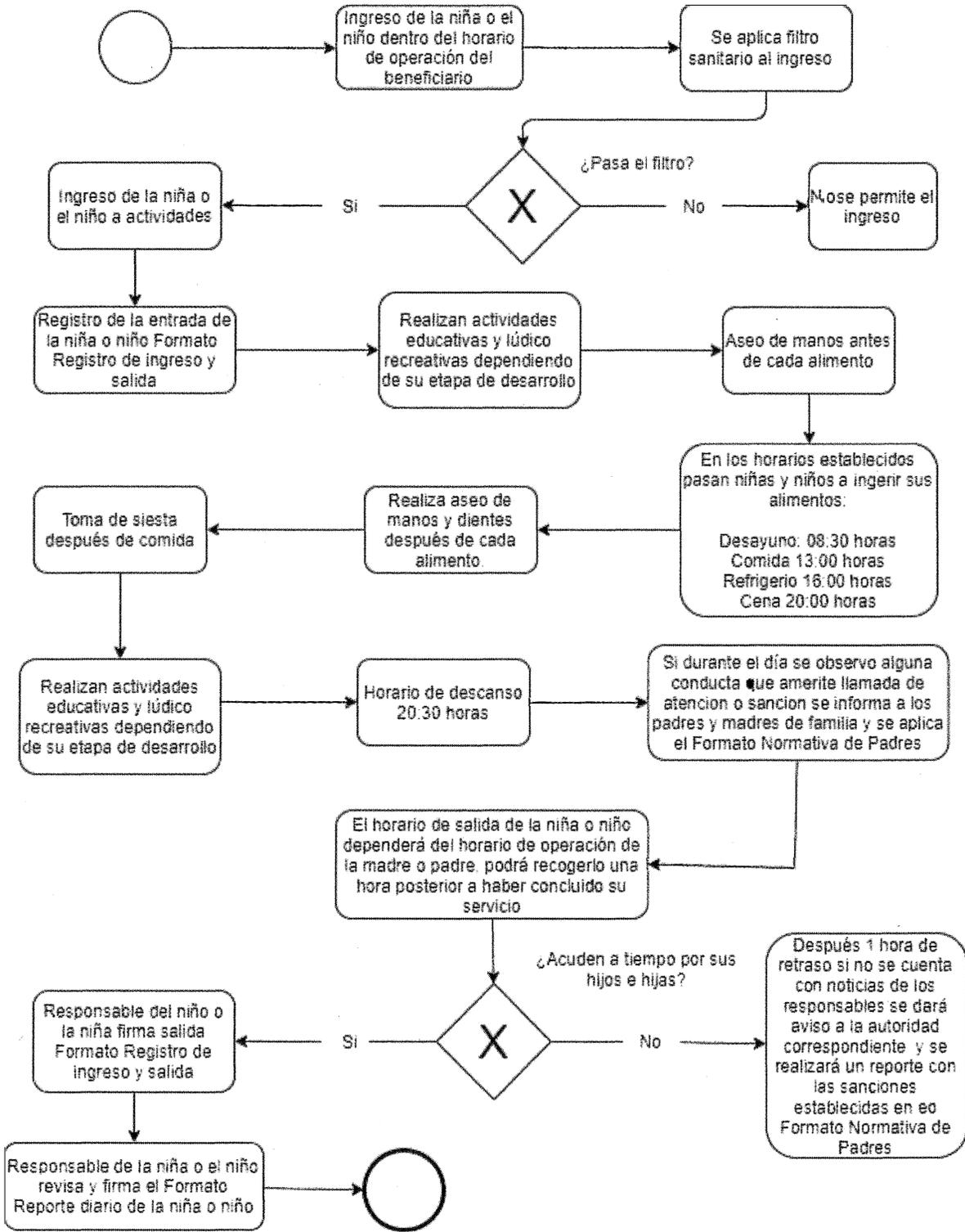
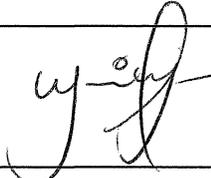
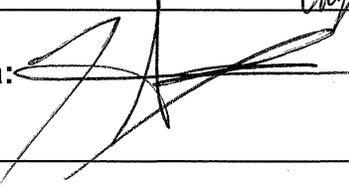
| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área de apoyo para los Programas de Estancias Infantiles, conocida como: Jefatura de "Estancias Infantiles Municipales", Subprograma Guardería 24/7 |
| Procedimiento: | Actividades Diarias |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-06 |
| Fecha de Elaboración: | 15 de agosto de 2020 |
| Persona que Elaboró: | Lorena Alejandra Virgen Sánchez Jefa de Estancias Infantiles Municipales |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



Diagrama de Flujo
Actividades Diarias CGDEC-PCOM-P-00-06

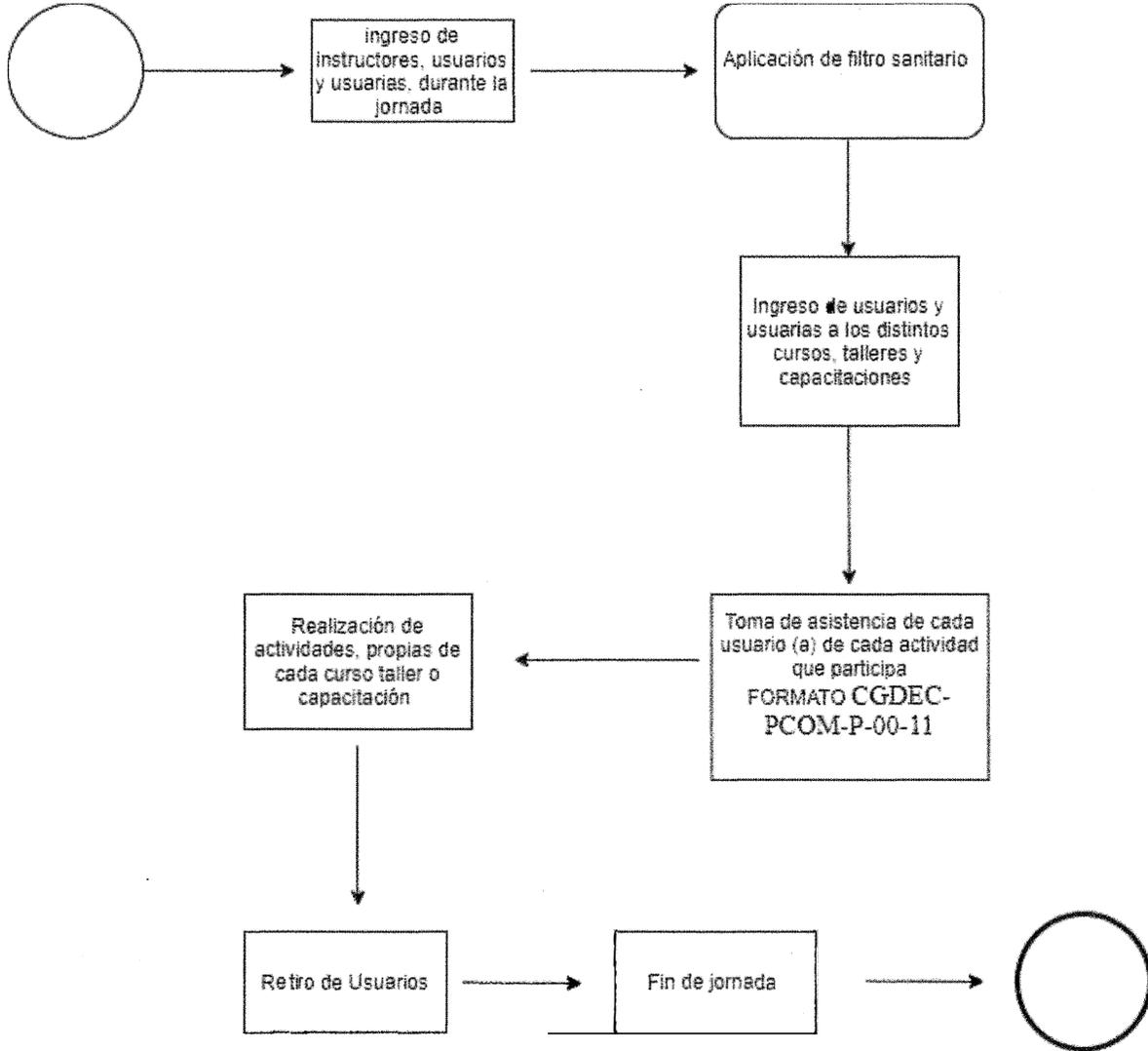




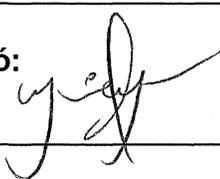
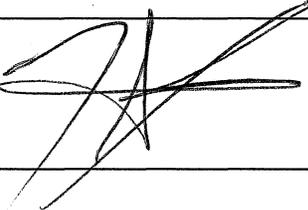
| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinacion General de Desarrollo Economico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Direccion de Programas Comunitarios |
| Área: | Area departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Actividades diarias |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-07 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. Maria Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|---------------------|--------------------|
| Actividades diarias | CGDEC-PCOM-P-00-07 |

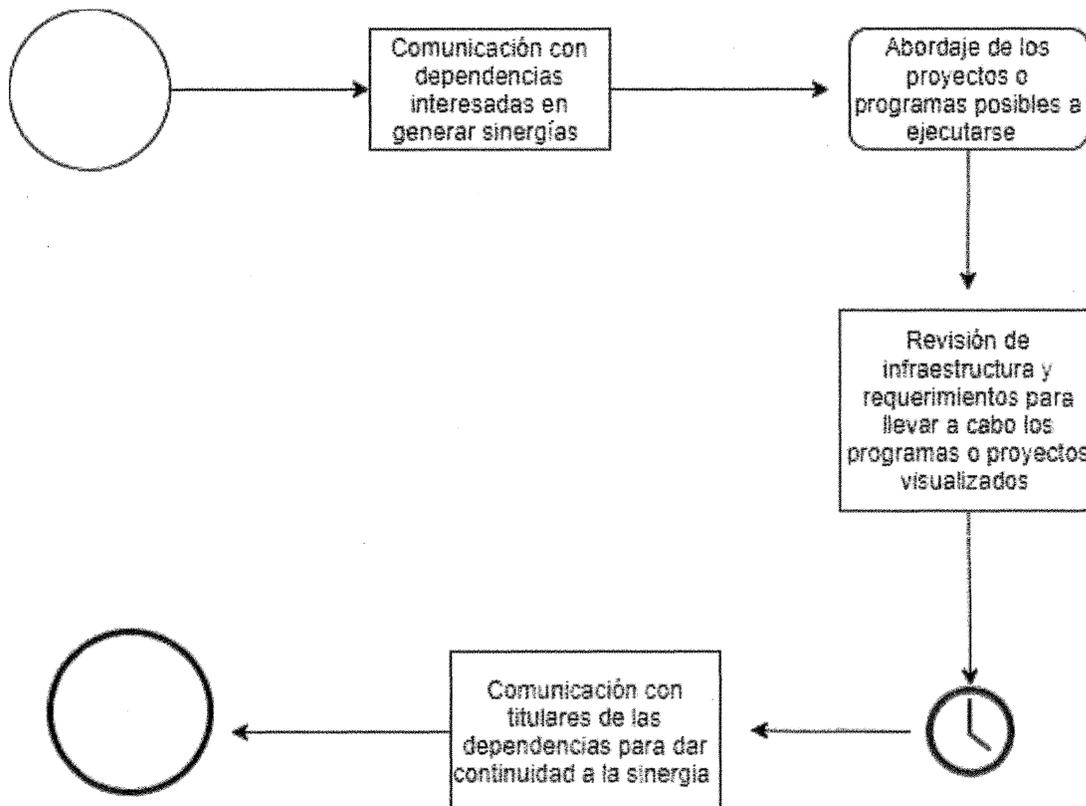




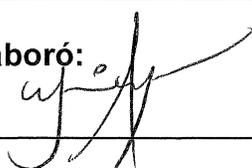
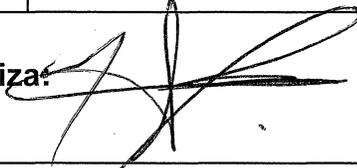
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Sinergias con otras dependencias |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-08 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. María Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sánchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|----------------------------------|--------------------|
| Sinergias con otras dependencias | CGDEC-PCOM-P-00-08 |

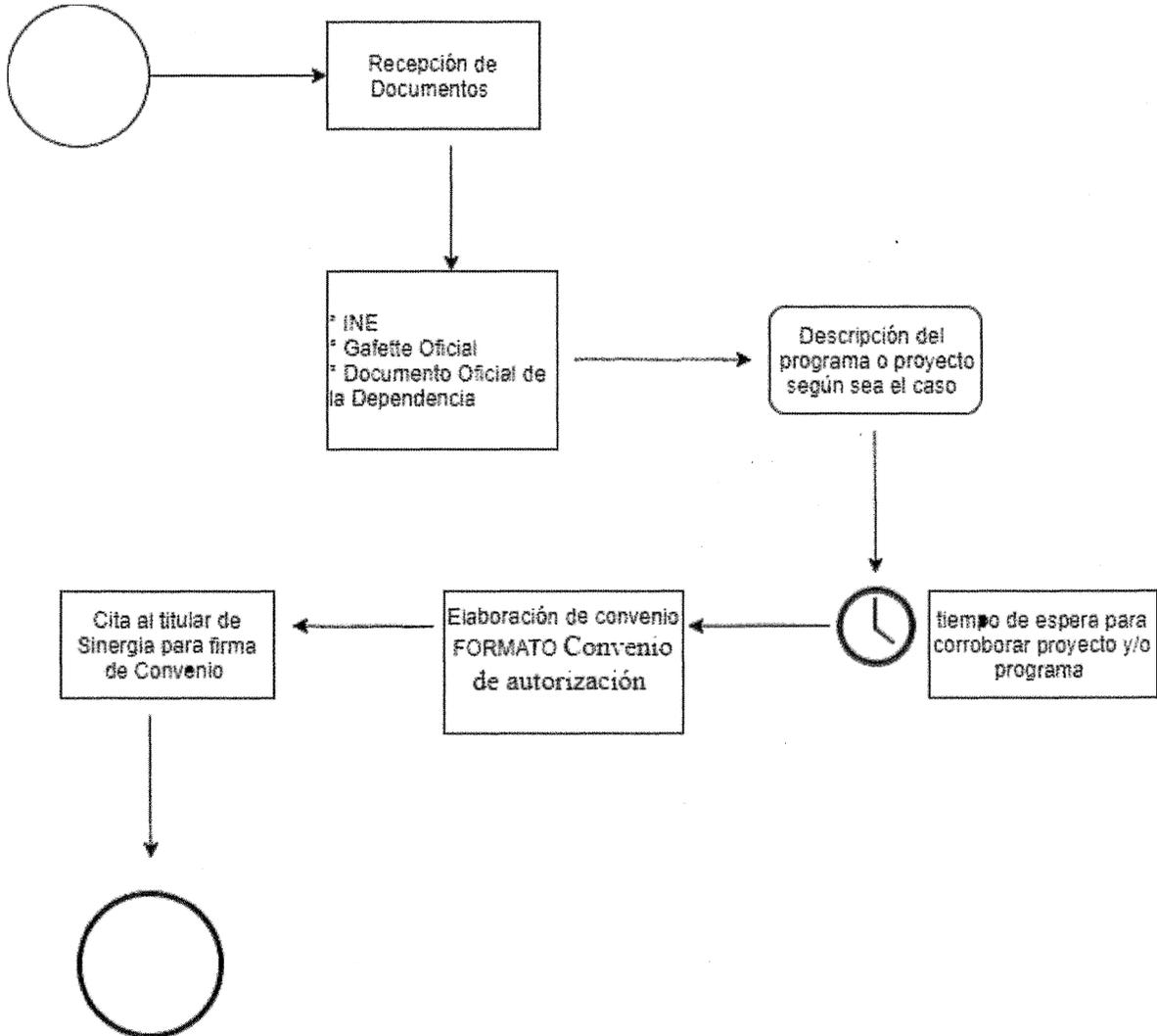




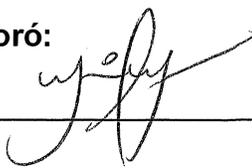
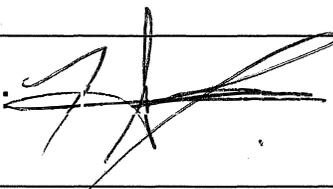
| Identificación Organizacional | |
|---|--|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Recepción de documentos y elaboración de convenios con sinergias concretadas |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-09 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. Maria Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|--|--------------------|
| Recepción de documentos y elaboración de convenios con sinergias concretadas | CGDEC-PCOM-P-00-09 |

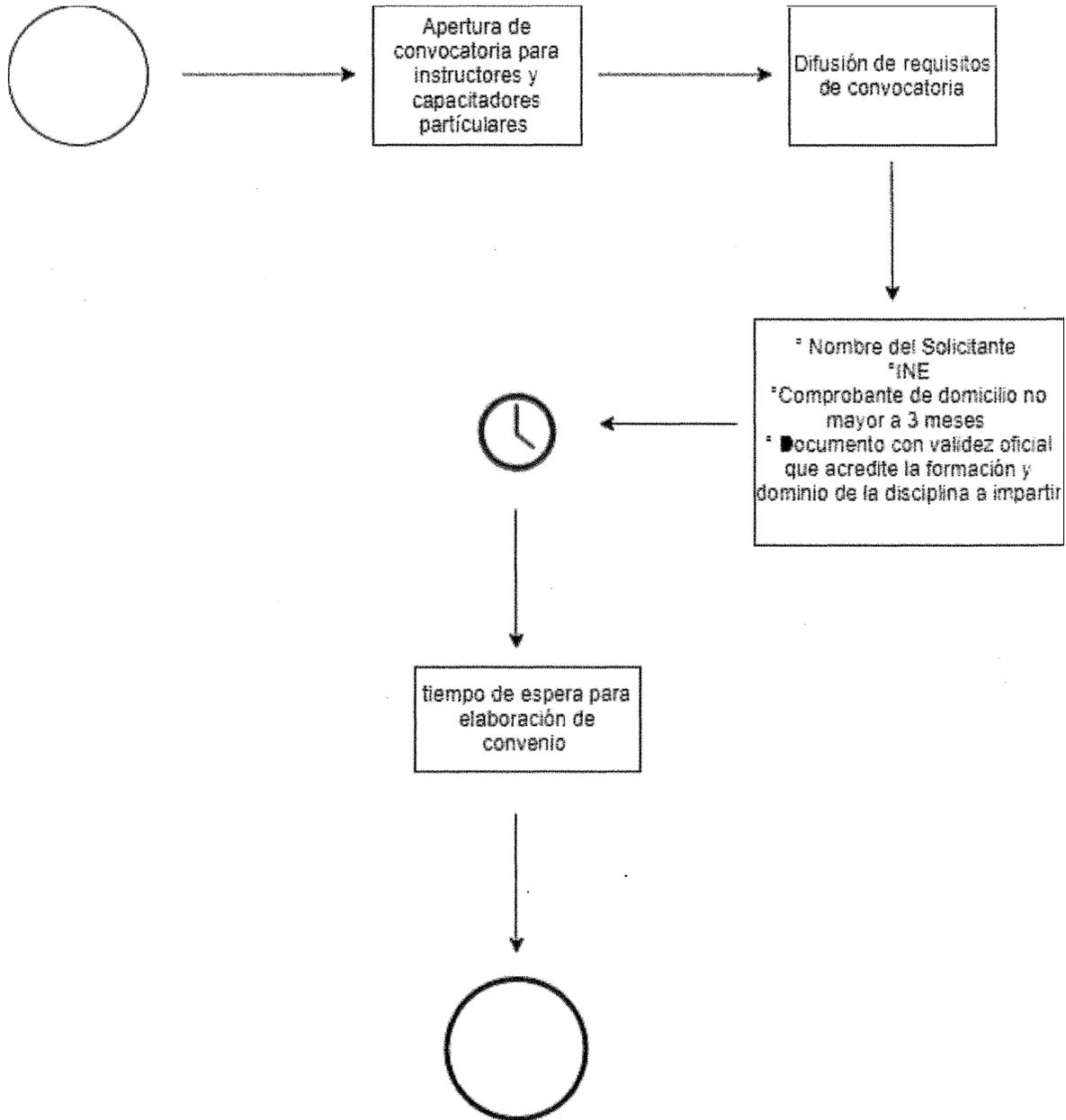




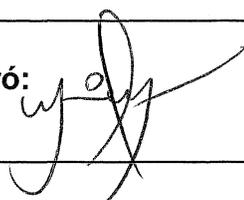
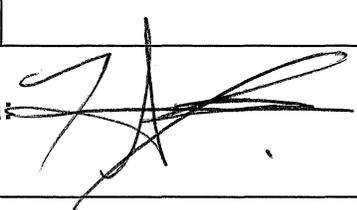
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Convocatoria a instructores y capacitadores particulares |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-10 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. María Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sánchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|--|--------------------|
| Convocatoria a instructores y capacitadores particulares | CGDEC-PCOM-P-00-10 |

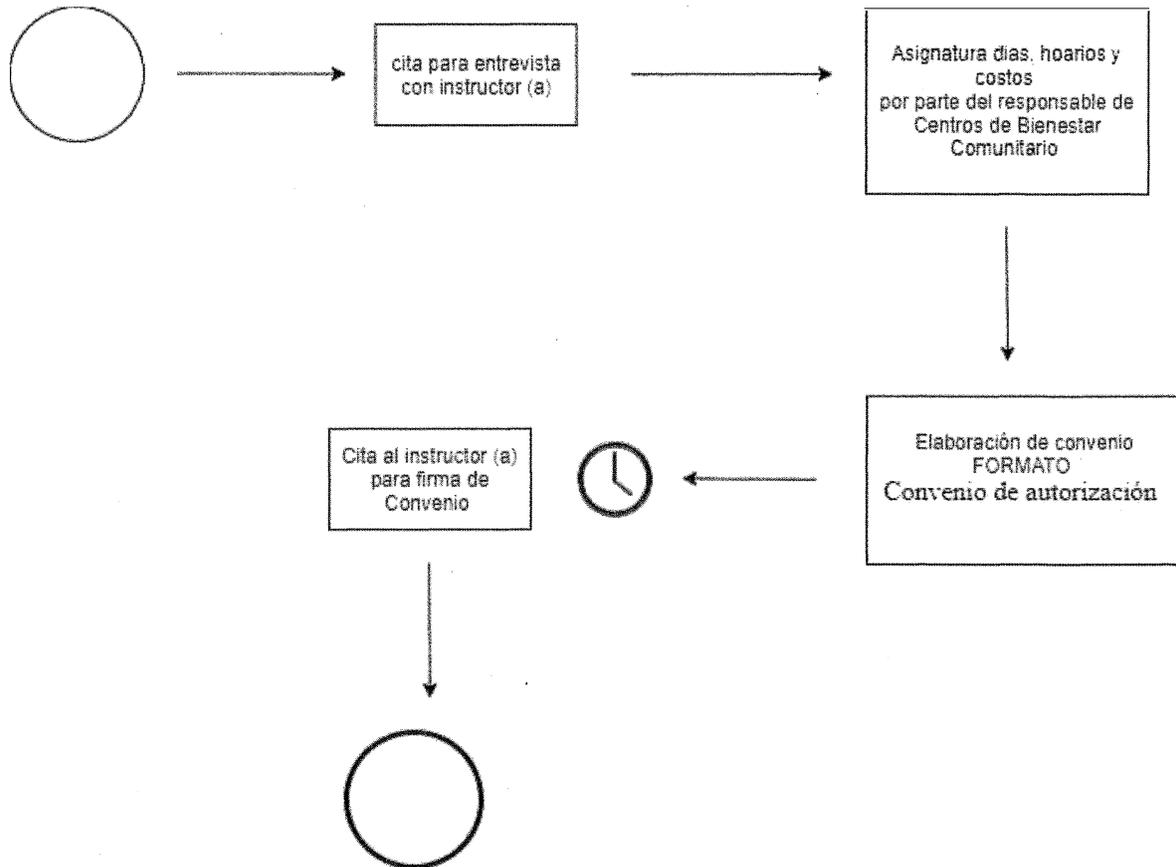




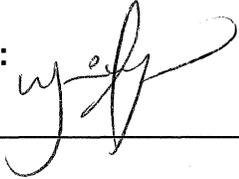
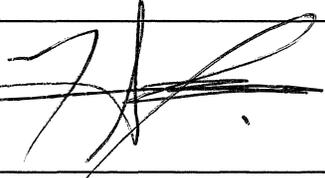
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Entrevista y recepción de documentos y/o proyectos con instructores y/o capacitadores |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-11 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. María Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sánchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|---|--------------------|
| Entrevista y recepción de documentos y/o proyectos con instructores y/o capacitadores | CGDEC-PCOM-P-00-11 |

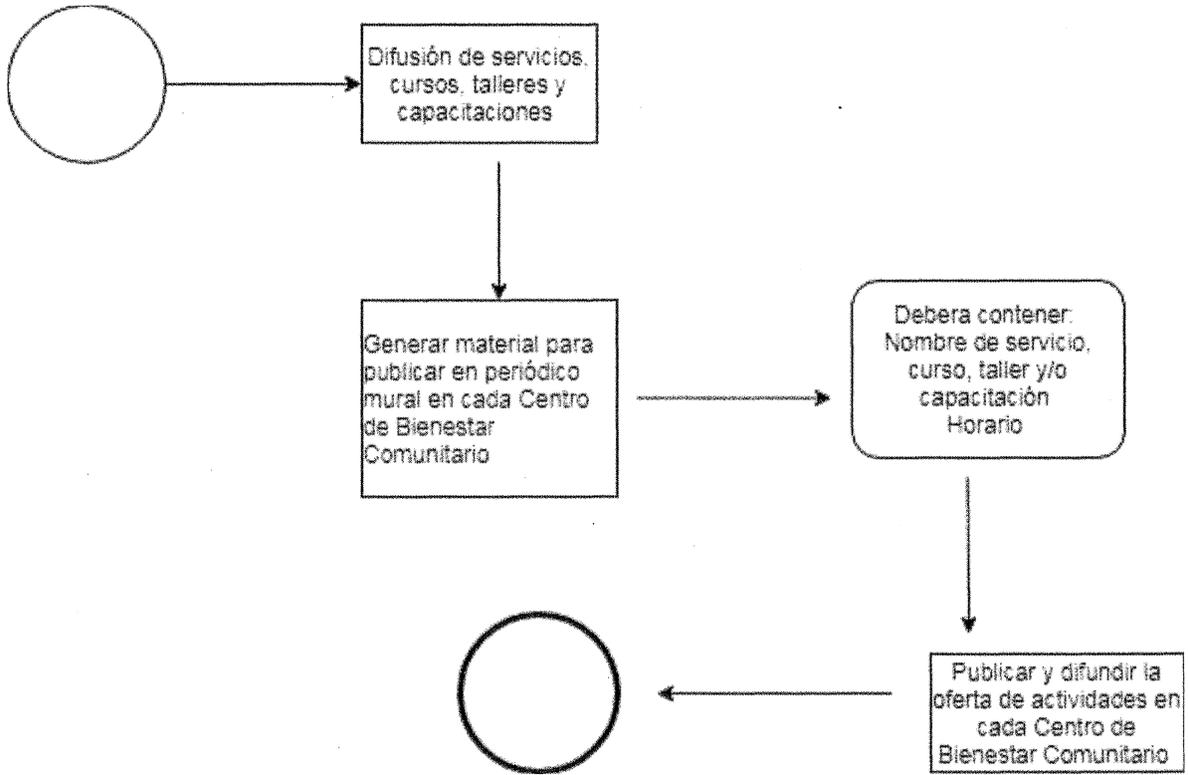




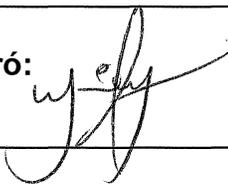
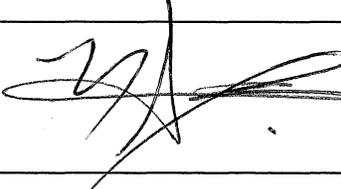
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Difusión de servicios, cursos, talleres y capacitaciones. |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-12 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. María Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sánchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|---|--------------------|
| Difusión de servicios, cursos, talleres y capacitaciones. | CGDEC-PCOM-P-00-12 |

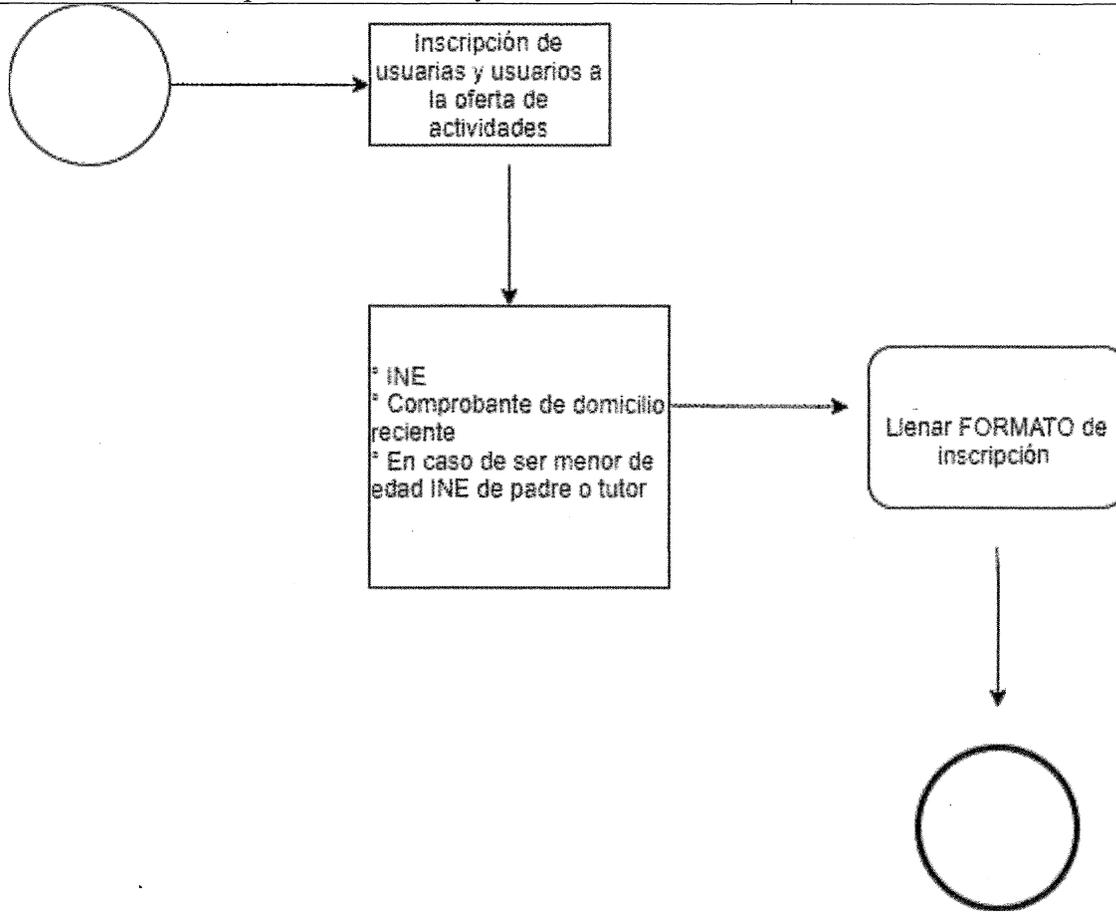




| Identificación Organizacional | |
|--|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Inscripción de usuarias y usuarios |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-13 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. Maria Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular del la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular del la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Inscripción de usuarias y usuarios. | CGDEC-PCOM-P-00-13 |





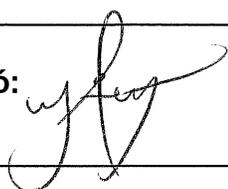
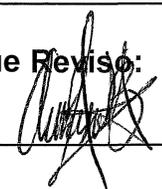
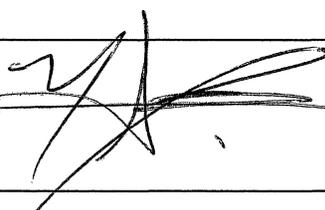
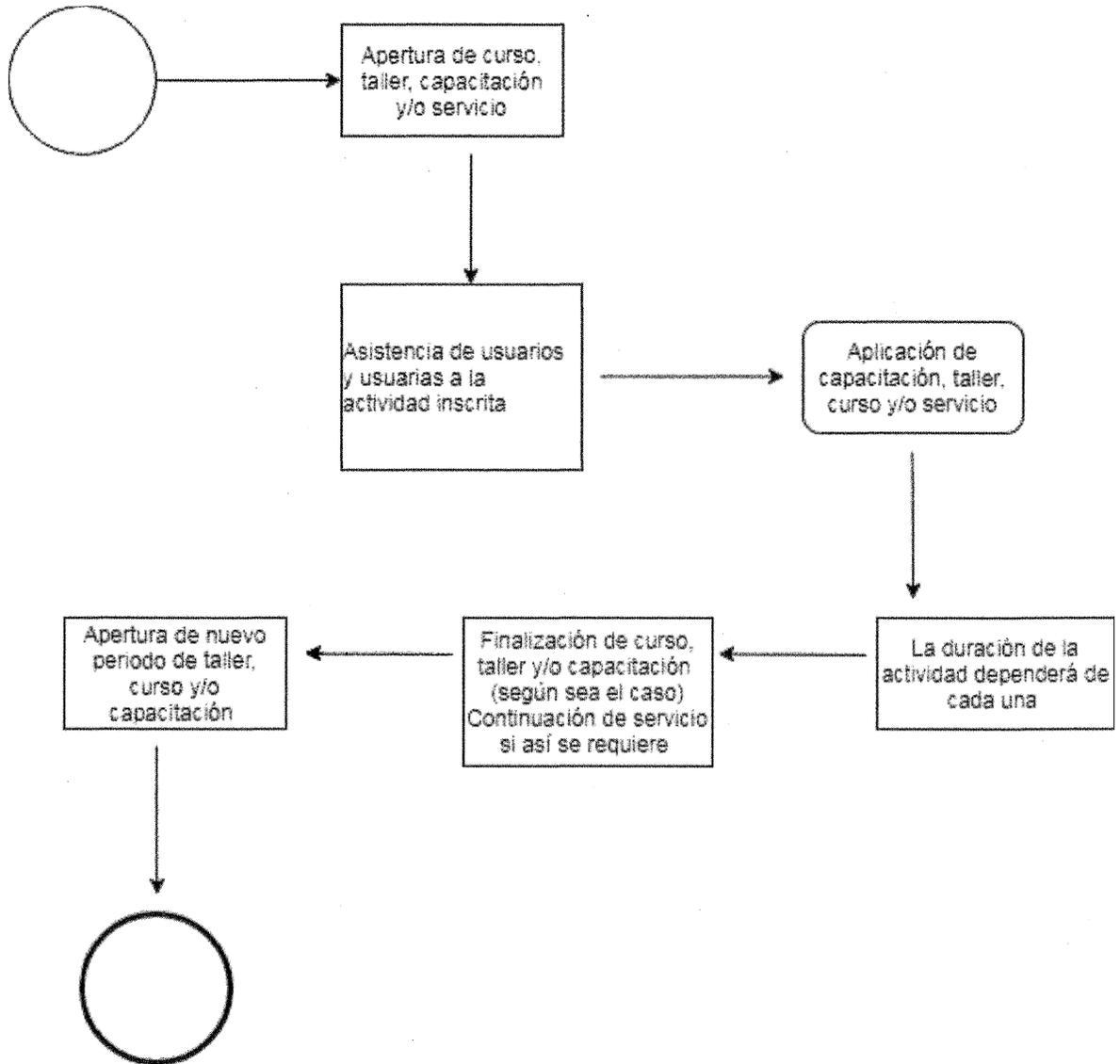
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Ejecución de talleres, cursos, capacitaciones y/o servicios. |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-14 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. María Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sánchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |



Diagrama de Flujo

| | |
|--|--------------------|
| Ejecución de talleres, cursos, capacitaciones y/o servicios. | CGDEC-PCOM-P-00-14 |
|--|--------------------|





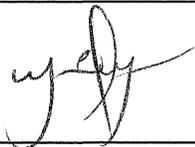
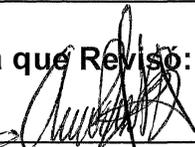
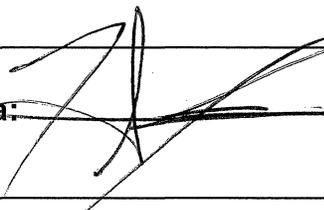
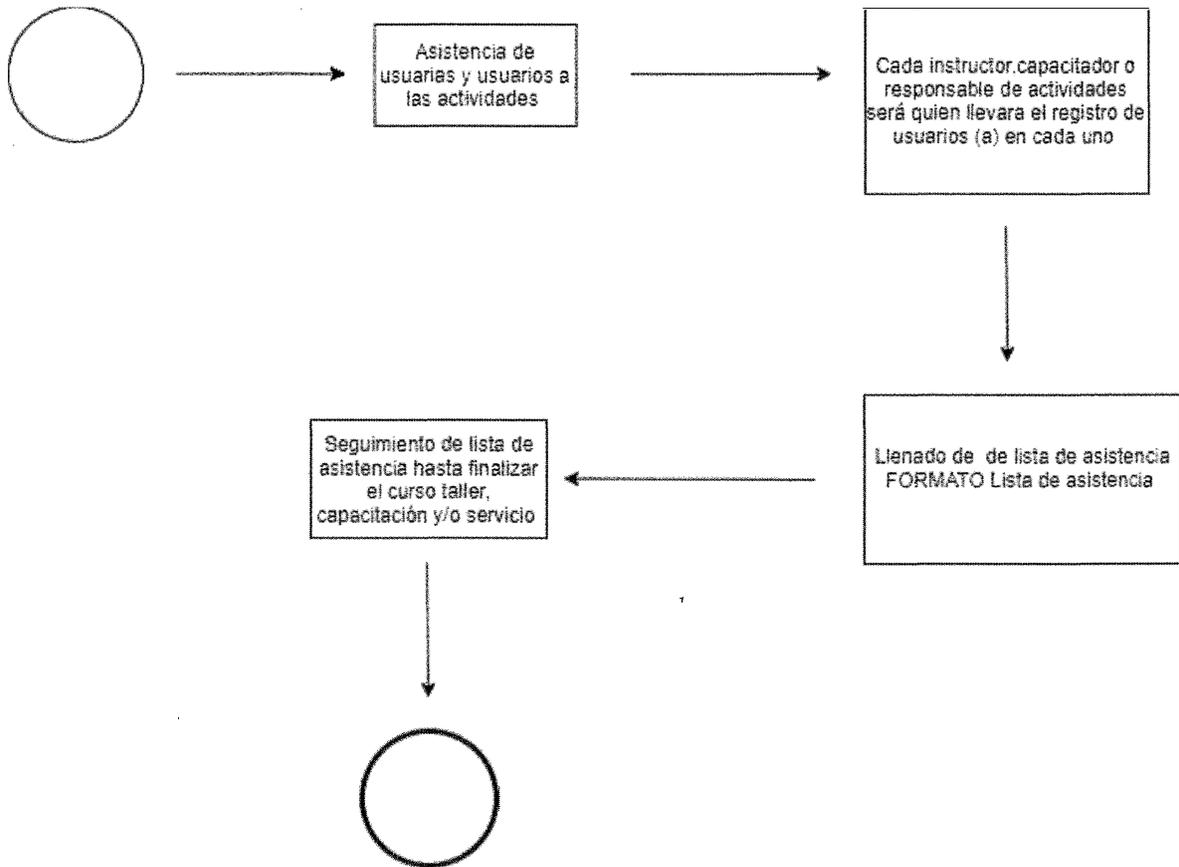
| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros de Bienestar Comunitario |
| Procedimiento: | Creación de listas de asistencias de usuarias y usuarios |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-15 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Psic. María Teresa Gómez Ramírez Jefa de Centros de Bienestar Comunitarios |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sánchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora de Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |

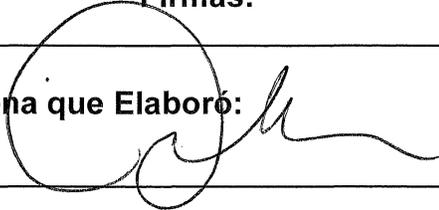
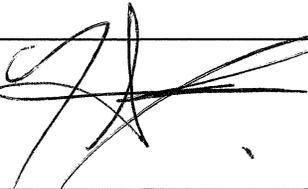


Diagrama de Flujo

| | |
|--|--------------------|
| Creación de listas de asistencias de usuarias y usuarios | CGDEC-PCOM-P-00-15 |
|--|--------------------|



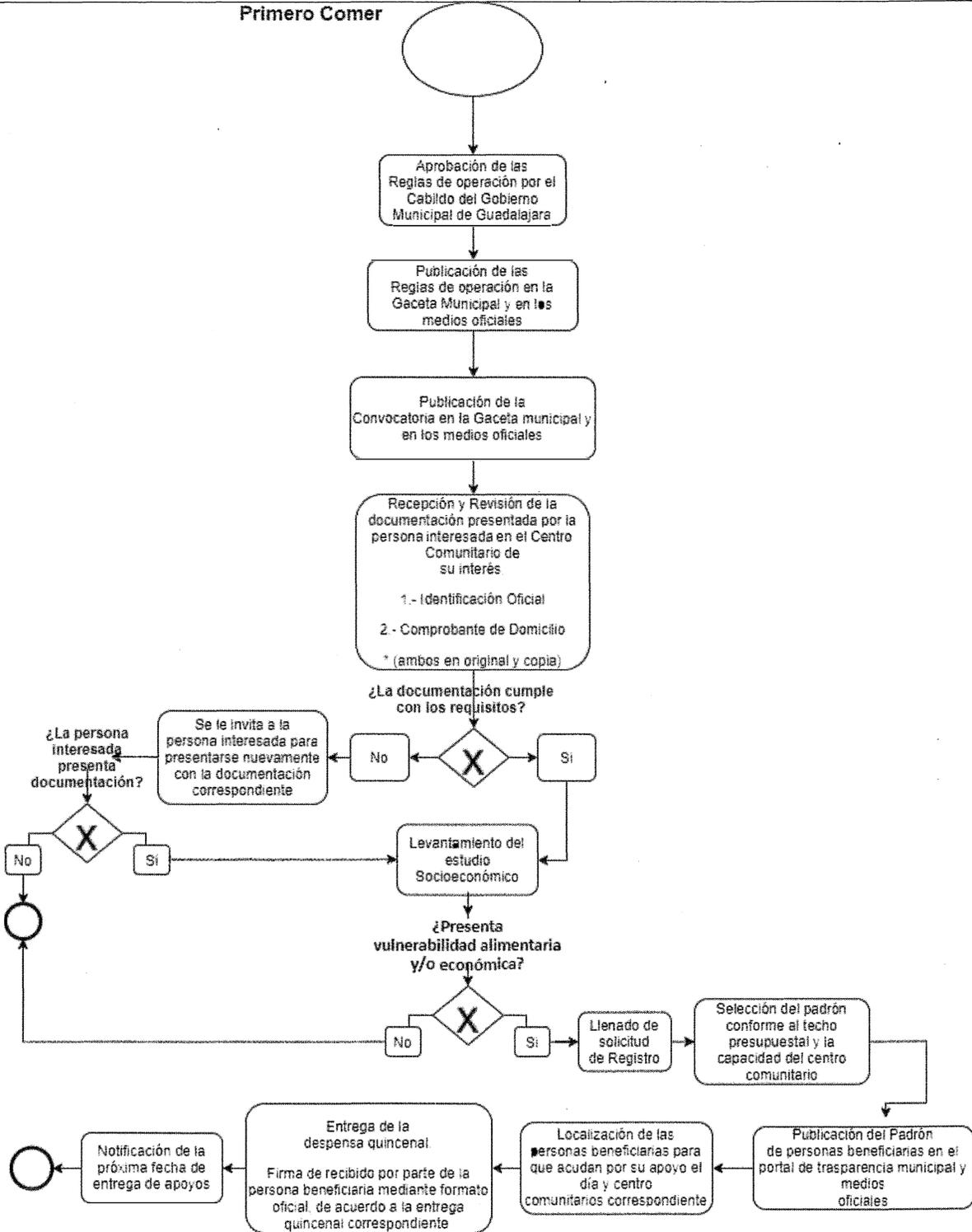


| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros Comunitarios, Programa Primero Comer |
| Procedimiento: | PROGRAMA PRIMERO COMER |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-16 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Lic. Tlaloc Martí Valdivia Espinoza Jefe de Primero Comer |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora De Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |

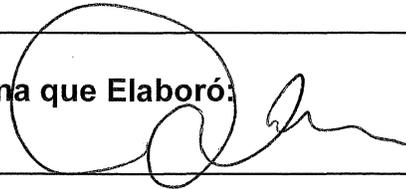
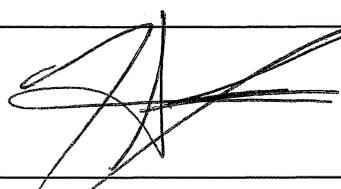


| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Diagrama de Flujo | |
| PROGRAMA PRIMERO COMER | CGDEC-PCOM-P-00-16 |

Primero Comer



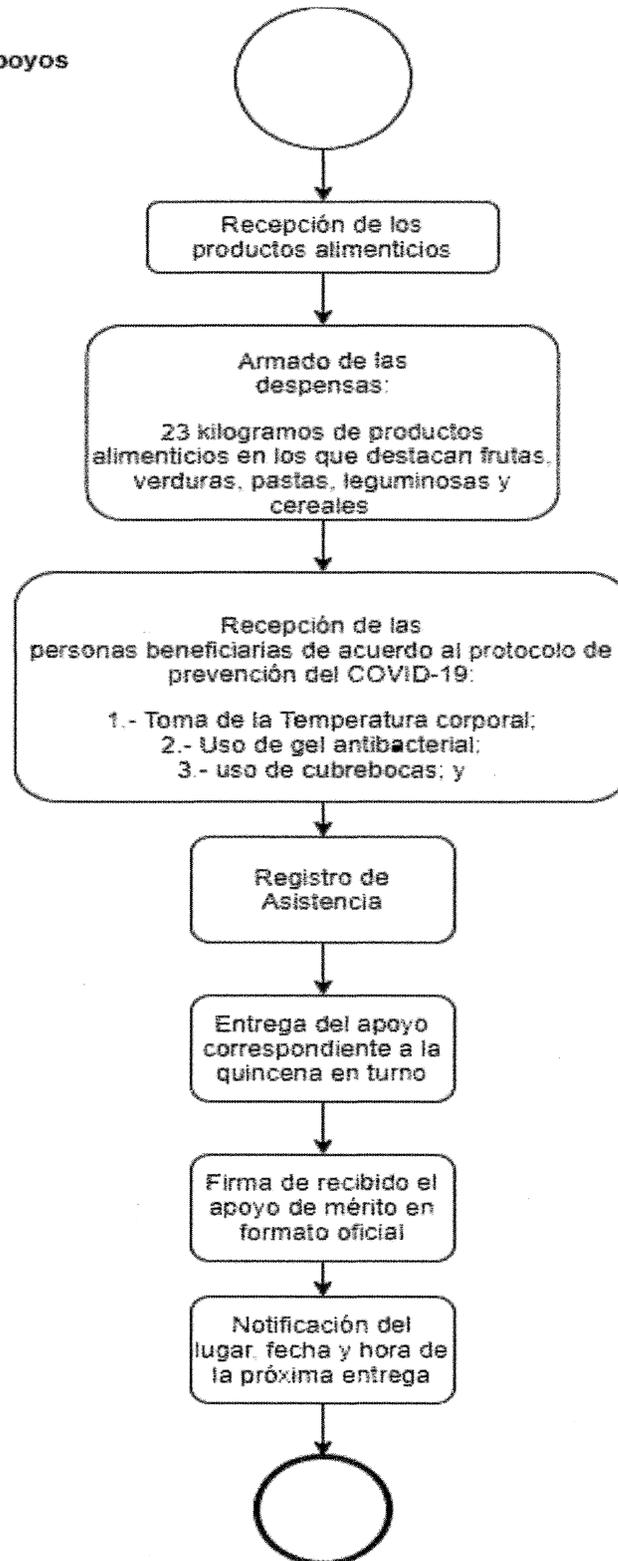


| Identificación Organizacional | |
|--|--|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros Comunitarios, Programa Primero Comer |
| Procedimiento: | ENTREGA DE APOYO |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-17 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Lic. Tlaloc Martí Valdivia Espinoza Jefe de Primero Comer |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora De Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |

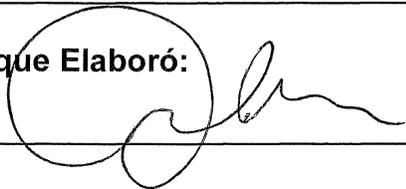
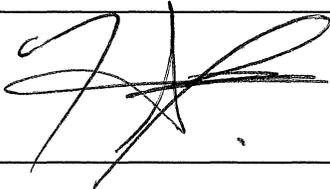


| Diagrama de Flujo | |
|-------------------|--------------------|
| ENTREGA DE APOYO | CGDEC-PCOM-P-00-17 |

Entrega de los Apoyos



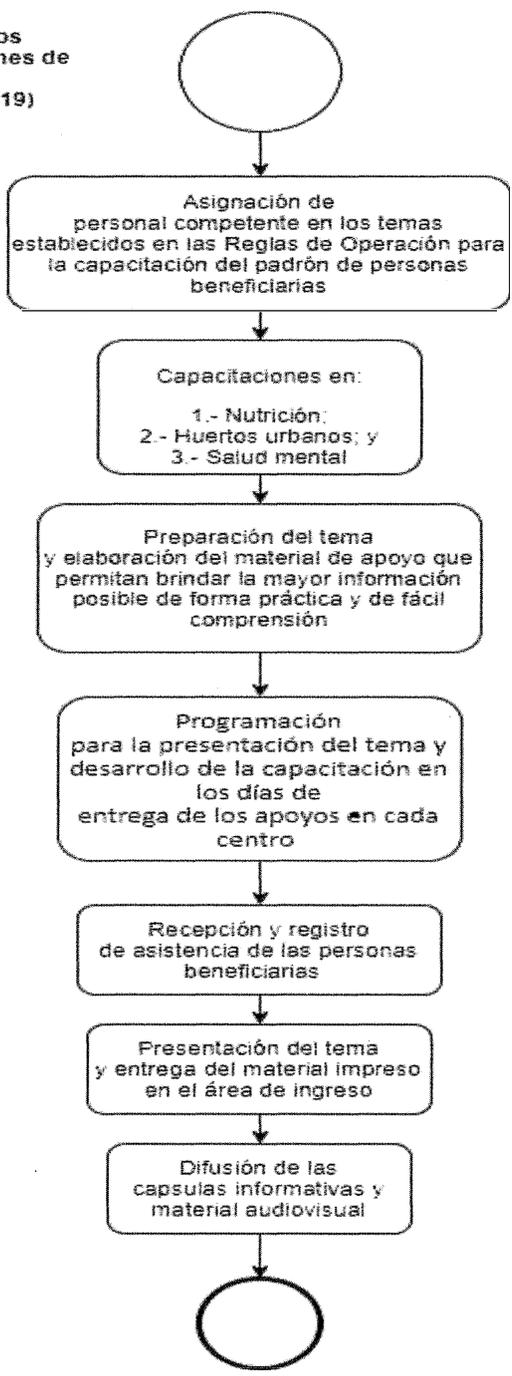


| Identificación Organizacional | |
|---|---|
| Coordinación o Dependencia: | Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad |
| Dirección: | Dirección de Programas Comunitarios |
| Área: | Área departamental de Centros Comunitarios, Programa Primero Comer |
| Procedimiento: | CAPACITACION |
| Código de procedimiento: | CGDEC-PCOM-P-00-18 |
| Fecha de Elaboración: | 17/08/2020 |
| Persona que Elaboró: | Lic. Tlaloc Martí Valdivia Espinoza Jefe de Primero Comer |
| Responsable del área que Revisó: | Lts. Ana Rosa Sanchez Barbosa Enlace Administrativo de la Dirección de Programas Comunitarios |
| Titular de la dependencia que Autoriza: | Mtra. Jezarela Edith Madrigal Alonso Directora De Programas Comunitarios |
| Firmas: | Fecha de Autorización: Octubre 2020 |
| Persona que Elaboró:  | Responsable del área que Revisó:  |
| Titular de la dependencia que Autoriza:  | |



| Diagrama de Flujo | |
|-------------------|--------------------|
| CAPACITACION | CGDEC-PCOM-P-00-18 |

Capacitación del
padrón de beneficiarios
(Adecuado a las condiciones de
sana distancia y
prevención del COVID-19)





3. Formatos de procedimientos

| Pág. | Nombre del Formato | Código del Formato |
|-------------|--|---------------------------|
| 46 | Normativa de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-01 |
| 47 | Recepción de Documentos | CGDEC-PCOM-F-00-02 |
| 48 | Solicitud de Registro | CGDEC-PCOM-F-00-03 |
| 51 | Diagnostico Familiar | CGDEC-PCOM-F-00-04 |
| 52 | Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-05 |
| 56 | Expediente Clínico | CGDEC-PCOM-F-00-06 |
| 58 | Autorización de Atención Médica | CGDEC-PCOM-F-00-07 |
| 59 | Registro de Ingreso y Salida | CGDEC-PCOM-F-00-08 |
| 60 | Reporte Diario de la niña o niño | CGDEC-PCOM-F-00-09 |
| 62 | Normativa de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-10 |
| 63 | Recepción de Documentos | CGDEC-PCOM-F-00-11 |
| 64 | Solicitud de Registro | CGDEC-PCOM-F-00-12 |
| 67 | Diagnostico Familiar | CGDEC-PCOM-F-00-13 |
| 68 | Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-14 |
| 72 | Expediente Clínico | CGDEC-PCOM-F-00-15 |
| 77 | Autorización de Atención Médica | CGDEC-PCOM-F-00-16 |
| 78 | Registro de Ingreso y Salida | CGDEC-PCOM-F-00-17 |
| 79 | Reporte Diario de la niña o niño | CGDEC-PCOM-F-00-18 |
| 80 | Convenio de autorización, sinergias y particulares | CGDEC-PCOM-F-00-19 |
| 86 | Formato de inscripción | CGDEC-PCOM-F-00-20 |



| | | |
|----|-------------------------------|--------------------|
| 87 | Listas de asistencias | CGDEC-PCOM-P-00-21 |
| 88 | Solicitud de registro | CGDEC-PCOM-F-00-22 |
| 90 | Cuestionario Socioeconómico | CGDEC-PCOM-F-00-23 |
| 92 | Carta de aceptación del apoyo | CGDEC-PCOM-F-00-24 |



| Formato | |
|---------------------|--------------------|
| Normativa de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-01 |

Estancias Infantiles Municipales •••••

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE NORMATIVA

Nombre de la niña o niño: _____

Nombre de la estancia: _____

Por medio de la presente, confirmo que he leído la normativa, para Padres y Responsables de menores de Estancias Infantiles Municipales.

Afirmo que comprendo y estoy de acuerdo con lo escrito en ella, por lo que no tengo ningún inconveniente en seguirla y cooperar con la Estancia Municipal para el mejor desarrollo de mi(s) hijo(a) (s).

Me comprometo acatar las sanciones correspondientes de no cumplir con los lineamientos de la Normativa para Padres.

Guadalajara, Jalisco, a ____ días del mes de _____ de 20_____

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma de la madre

Directora de Estancia Infantil Municipal



Guadalajara
La Ciudad



| Formato | |
|-------------------------|--------------------|
| Recepción de Documentos | CGDEC-PCOM-F-00-02 |

Estancias Infantiles Municipales •••••

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS CARTA COMPROMISO

Fecha de ingreso:

Estancia Infantil:

Horario:

Sala:

Me comprometo a reunir y entregar los siguiente documentos, así como a asistir puntualmente a mis entrevistas de ingreso, hasta concluir el trámite de mi hijo(a).

Nombre completo

| Documentos de la niña o niño | Recibió | Fecha |
|--|---------|-------|
| Acta de nacimiento (copia) | | |
| Cartilla de vacunación (copia) | | |
| Tarjeton de citas (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.) | | |
| Grupo sanguíneo (copia) | | |
| 4 fotografías | | |
| Documentos de los padres | Recibió | Fecha |
| Carta de trabajo del padre (copia) | | |
| Carta de trabajo de la madre | | |
| Credencial del INE del padre (copia) | | |
| Credencial del INE de la madre (copia) | | |
| Comprobante de domicilio (copia) | | |
| 2 fotografías del padre | | |
| 2 fotografías de la madre | | |
| Documentos de los responsables | Recibió | Fecha |
| Credencial del INE (copia) | | |
| 2 fotografías | | |
| Credencial del INE (copia) | | |
| 2 fotografías | | |
| Credencial del INE (copia) | | |
| 2 fotografías | | |

| Entrevistas | Fecha | Observaciones |
|--|-------|---------------|
| Médica (llevar a la niña o niño) | | |
| Psicológica (llevar a la niña o niño) | | |
| Trabajo social (llevar a la niña o niño) | | |

| | |
|---|--------------------|
| Fecha compromiso para entrega de documentación: | |
| Firma del padre o madre: | Número de celular: |



Formato
Solicitud de Registro CGDEC-PCOM-FO-00-03



Estancias Infantiles Municipales

Fecha de captura:

SOLICITUD DE REGISTRO

Folio:

Estancia infantil solicitada:

Expediente:

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Form fields for beneficiary data: Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Teléfono, Teléfono de emergencia, Cohabitan, Estado civil, Tiempo, Sala inicial, Horario de servicio, Correo de la mamá, Correo del papa

1.2 DATOS DE LA NIÑA O NIÑO

Form fields for child data: Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Fecha de nacimiento, Edad, Lugar de nacimiento, Sexo, Fecha de ingreso, Domicilio, Cruce de calles, Colonia/Municipio, Años de residencia

2. INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Table with 7 columns: Nombre, Parentesco, Edad, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Ingreso. Rows 1-9.

Total ingresos: \$

3. ADEUDOS Y CRÉDITOS

Table with 2 columns: Item (Rentas, Agua, Luz, Gas, Teléfono, Alimentación, Transporte, Ropa y calzado, Medicinas, Educación, Golosinas, Diversiones, Pago de Casa, Reparación y mantenimiento de casa, Aduenos o créditos, Otros), Total \$

Observaciones:

4. ALIMENTACIÓN

Table with 4 columns: Producto que consumen, Diario, c/3 día, c/8 día. Items include Carnes, Frijol, Huevo, Soya, Pastas, Arroz, Pan, Tortillas, Refresco, Verduras, Fruta, Leche, Cereal, Golosinas, Otros.

¿Ha recibido o recibe apoyo de alguna institución, de que tipo?

Observaciones sobre alimentación:



| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Formato | |
| Solicitud de Registro | CGDEC-PCOM-FO-00-03 |

5. VIVIENDA

Luz Con medidor Sin medidor

Baño Externo Interno Colectivo

Agua Píapas Toma domiciliaria Otros

Casa Propia Rentad Familiares En pago

Drenaje Entubado Abierto No hay

Materiales de construcción

Paredes Láminas Adobe Bloc Cartón Otros

Techos Lámina Concret Bóved Carton Otros

Composición de la vivienda

Recámaras Baño Sala Comedor Cocina Patios Total Cuartos

Observaciones sobre la vivienda (limpieza, higiene, distribución, insustancial y vehículo)

6. SALUD

| Integrantes | Enfermedad | Tratamiento | Discapacidad | Institución de salud |
|-------------|------------|-------------|--------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. INFORMACIÓN LABORAL

| | |
|--|--|
| Nombre de la empresa en la que trabaja el padre o tutor | Fecha de ingreso |
| Dirección | Teléfono y extensión |
| Puesto Departamento | Jefe inmediato Horario de trabajo |
| Sueldo neto con percepciones fijas | Periodos vacacionales Fecha de la verificación |
| Nombre de la Empresa en la que trabaja la madre o tutora | Fecha ingreso |
| Dirección | Teléfono y extensión |
| Puesto Departamento | Jefe inmediato Horario de trabajo |
| Sueldo neto con percepciones fijas | Periodos vacacionales Fecha de la verificación |
| Relacionar los 3 últimos trabajos del padre Tiempo de permanencia | Relacionar los 3 últimos trabajos de la madre Tiempo de permanencia |

Propia información en verde y coincida con los requisitos de la convocatoria

Dia Mes Año

NOMBRE Y FIRMA DEL APLICADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O MADRE SOLICITANTE



| Formato | |
|------------------------------|----------------------------|
| Solicitud de Registro | CGDEC-PCOM-FO-00-03 |



Estancias Infantiles Municipales

HOJA DE DATOS DE LA NIÑA O NIÑO

| DATOS DE LA NIÑA O NIÑO | | | | |
|---|---|---------------------|----------------------|-------|
| FOTOGRAFÍA | Nombre del menor | Sexo | Edad | Sexo |
| | Número de afiliación al IMSS | Clinica | Consultorio | Turno |
| DATOS DE LOS PADRES | | | | |
| FOTOGRAFÍA | Nombre del padre | | Domicilio particular | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma |
| FOTOGRAFÍA | Nombre del madre | | Domicilio particular | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma |
| PERSONAS AUTORIZADAS PARA TRASLADOS DEL MENOR | | | | |
| FOTOGRAFÍA | Nombre de la primer persona autorizada | | Domicilio particular | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma |
| FOTOGRAFÍA | Nombre de la segunda persona autorizada | | Domicilio particular | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma |
| NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA EN CASO DE EMERGENCIA | | | | |
| Nombre | | Parentesco | Teléfono particular | |
| Celular | Domicilio | | Colonia | |
| Nombre | | Parentesco | Teléfono particular | |
| Celular | Domicilio | | Colonia | |
| Nombre | | Parentesco | Teléfono particular | |
| Celular | Domicilio | | Colonia | |



| Formato | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Diagnostico Familiar | CGDEC-PCOM-FO-00-04 |

Estancias Infantiles Municipales •••••

DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Folio: _____

Nombre del beneficiario: _____

Nombre de la niña o niño: _____

Fecha _____

| Indicadores | 0 | 5 | 10 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Estructura familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conducta de la niña o niño | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Redes de apoyo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Compromiso de los padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Puntaje total: _____

Nombre y firma del evaluador



Guadalajara
La Ciudad



| Formato | |
|----------------------|---------------------|
| Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-FO-00-05 |

Estancias Infantiles Municipales •••••

ENTREVISTA A PADRES

Hoja 1/4

Folio: _____

Estancia Infantil: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____ Colonia: _____

Tiempo de residencia: _____ Teléfono: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Turno: _____

Fuente de referencia: _____ Firma: _____

Motivo de ingreso a la estancia: _____

Tratamientos neuropsicopedagógicos recibidos (lugar, tiempo, estudios, resultado, y motivo de terminación): _____

| ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR | PRIMARIA | SECUNDARIA | CUATERNARIA |
|--------------------------------|----------|------------|-------------|
| GENOGRAMA | | | |
| | | | |

¿Vive alguien más en su casa? (especificar parentesco, nombres) y edad) _____

Relación familiar: _____

Relación de pareja: _____

Relación con sus hermanos: _____

Relación con su papa: _____

Relación con su mamá: _____

Relación con otros miembros de la familia: _____

Concepto que la familia tiene de él/ella o niño/a: _____

¿Cómo cree que se portará en la estancia? _____



| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Formato | |
| Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-FO-00-05 |

Estancias Infantiles Municipales *****

ENTREVISTA A PADRES

Hoja 2/4

| | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO | N° de embarazo: _____ | Parto: el embarazo: _____ |
| Reacción ante el embarazo: _____ | | |
| Relación de los padres durante el embarazo: _____ | | |
| Estado emocional durante el embarazo: _____ | | |
| Control prenatal (patologías detectadas): _____ | | |
| Parto (tipo, complicaciones, etc.): _____ | | |
| ANTECEDENTES DEL DESARROLLO | | |
| Audición: _____ Visión: _____ | | |
| Comunicación necesidades: _____ Motor: _____ Gusto: _____ | | |
| Lateralidad dominante: _____ AFICAR: _____ | | |
| Seno materno: _____ Mamia: _____ Kinesiasis: _____ | | |
| A que edad: | Control de cuello: _____ | Control de tronco: _____ |
| | Bipedestación: _____ | Marcha: _____ |
| Control de esfínter: | Vesical: _____ | Anál: _____ |
| Lenguaje: | Stipsico: _____ | Nocturno: _____ |
| | Frases: _____ | Palabras: _____ |
| Hábitos de higiene del sueño (horario, cama propia, cuarto propio, trastornos): _____ | | |
| Hábitos de alimentación (rechazo, predilección, etapas, horarios, tomas, lugar, tiempo): _____ | | |
| Patologías o trastornos (enfermedades graves, accidentes, hospitalizaciones, alergias, etc.): _____ | | |
| ACTIVIDADES Y SOCIALIZACIÓN | | |
| Reacción ante nuevos amigos: _____ | | |
| Resolución ante extraños: _____ | | |
| Edad de sus amigos: _____ | | |
| ¿Comparte sus juguetes?: _____ | | |
| ¿Cómo se relaciona con sus amigos, suele pelear o lo pelean?: _____ | | |
| Es agresivo: _____ | | |
| Descripción de un día normal de su hijo/a niño/a: _____ | | |
| Programas de televisión favoritos: _____ | | |
| Horas que ve televisión: _____ | | |
| Juguetes favoritos: _____ | | |
| Juegos favoritos: _____ | | |
| ¿Juega con sus padres? _____ | | |
| ¿Cuanto tiempo? _____ | | |
| ¿Que juega? _____ | | |
| Adaptación a las reglas: ¿Siguen normas? _____ | | |
| ¿Cómo responde a una orden? _____ | | |
| Relación con las figuras de autoridad: ¿Existen? _____ | | |
| ¿Cómo es la comunicación? _____ | | |
| Conducta ante la inadaptación: ¿Que hace? _____ | | |
| ¿Cómo lo hace? _____ | | |
| ¿Es violento o pasivo? _____ | | |
| ¿Tiene una figura de autoridad en su casa? _____ | | |
| ¿Quiénes? _____ | | |
| Métodos disciplinarios reforzadores: ¿Casi que? _____ | | |



Formato
Entrevista de Padres
CGDEC-PCOM-FO-00-05

Estancias Infantiles Municipales

ENTREVISTA A PADRES

Hoja 3/4

ASPECTO EMOCIONAL

Como se percibe la niña o niño a sí mismo (autoestima baja, optima, desfasada):

Descripción de su carácter:

Prevalencia de la emoción: alegría, enojo, tristeza, miedo, etc:

Fuentes de alegría y como lo expresa:

Fuentes de enojo y cómo lo expresa:

Fuentes de miedo y cómo lo expresa:

Fuente de tristeza y cómo lo expresa:

Manejo de la frustración: ¿Cómo responde? ¿Qué hace?

INDEPENDENCIA:

Actividades que realiza la niña o niño por sí mismo:

Baño (cada cuándo): Vestido (cada cuándo): Lavado de dientes y manos:

Independencia en vía pública Utiliza electrodomésticos, estufa, cuchillos:

Conoce su nombre, dirección y teléfono: Tareas en casa:

En qué cosas necesita ayuda:

DESARROLLO SEXUAL

Describe que curiosidad ha presentado sobre el origen de los bebés

Diferencia de sexos: Apariencia física: Genitalidad:

Problemas de identificación sexual:

Ha presentado o presenta problemas de masturbación (¿cómo lo ha manejado?):

Ha presentado o presenta algún tipo de abuso sexual:

CONDUCTAS ATÍPICAS

Grid for atypical behaviors

- Onicofagia
Succión de pulgar
Chupón
Habla chiqueado
Inseguridad

Grid for atypical behaviors

- Daño a propiedad
Autolesiones
Agresión
Harto
Objeto de transición

Grid for atypical behaviors

- Tricotilomania
Pronomania
Tics
Mitomania
Fobias

Grid for atypical behaviors

- Bruxismo
Rebeldes
Enuresis
Encopresis
Angustia

AREA ESCOLAR

Edad de inicio escolar: ¿cómo fue su adaptación?

Grados reprobados:

Numero de escuelas y motivo de cambios:

Actitud de la niña o niño hacia la escuela:

¿Cómo es su desempeño en clase?



| Formato | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-FO-00-05 |

Estancias Infantiles Municipales •••••

ENTREVISTA A PADRES

Hoja 4/4

Actitud hacia sus tareas: _____ ¿con quien la hace? _____
 ¿por que o de esa actitud? _____
 Relación con sus compañeros: _____
 Relación con el maestro (de la niña o niño y padres, contacto que se tiene con él): _____

 Materias en las que presenta dificultades y que ha hecho para mejorarlas: _____

 LECTURA (fluidez, comprensión, omisión o sustitución de letras o palabras): _____

 ESCRITURA (dislexia, disortografía, disgrafía): _____

 MATEMÁTICAS (operaciones básicas, razonamiento lógico-matemático, resolución de problemas): _____

EXPECTATIVAS DE LOS PADRES
 Expectativas del padre hacia la niña o niño: _____
 Como perciben a su hija o hijo a futuro: _____
 Como quisiera que su hija o hijo lo perciba a usted: _____
 Conductas que requieren atención psicológica: _____
 ¿Cómo cree que su hija o hijo se desenvuelva en la estancia? _____
 Aspectos positivos: _____
 Aspectos negativos: _____

COMENTARIOS PARA EL ENTREVISTADOR
 Actitud de los padres hacia la entrevista: _____

 Expectativas de los padres hacia el servicio: _____

 Impresión diagnóstica: _____

 Pronóstico: _____

 Comentarios u observaciones: _____

PSIC. NOMBRE Y FIRMA _____



| Formato | |
|--------------------|---------------------|
| Expediente Clínico | CGDEC-PCOM-FO-00-06 |

EXPEDIENTE CLÍNICO DE NUTRICIÓN

Folio:

Estancias Infantiles Municipales ●●●●●

Estancia infantil:

Fecha:

| DATOS PERSONALES | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| Nombre de la niña o niño: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): | Lugar de nacimiento: | |
| Dirección: | Colonia: | Tiempo de residencia: | |
| Escolaridad: | Grado: | Teléfono: | |
| Nombre de la mamá: | Escolaridad: | Ocupación: | Religión: |
| Nombre del papá: | Escolaridad: | Ocupación: | Religión: |
| Relación actual de los progenitores: | | | |
| Motivo de consulta: | | | |
| INDICADORES CLÍNICOS | | | |
| ANTECEDENTES SALUD / ENFERMEDAD - PROBLEMAS ACTUALES | | | |
| Diarrea: <input type="checkbox"/> | Estreñimiento: <input type="checkbox"/> | Gastritis: <input type="checkbox"/> | Úlcera: <input type="checkbox"/> |
| Acidez: <input type="checkbox"/> | Vómito: <input type="checkbox"/> | Colitis: <input type="checkbox"/> | Náuseas: <input type="checkbox"/> |
| Otros: <input type="checkbox"/> | | | |
| Observaciones: | | | |
| Padece alguna enfermedad diagnosticada: | | | |
| Toma algún medicamento: sí/no: ¿Cuál? Desde cuándo? | | | |
| Dosis: | | | |
| Toma: Laxantes <input type="checkbox"/> | | Consumo algún tipo de suplemento alimenticio: <input type="checkbox"/> | |
| Diuréticos: <input type="checkbox"/> | | Antiácidos: <input type="checkbox"/> | |
| Analgésicos: <input type="checkbox"/> | | | |
| Intervenciones quirúrgicas: | | | |
| Alergias a medicamentos y/o alimentos: | | | |
| Fecha de su última desparasitación: | | | |
| ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES | | | |
| Obesidad: <input type="checkbox"/> | Diabetes: <input type="checkbox"/> | HTA: <input type="checkbox"/> | |
| Síndrome metabólico: <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> | | |
| ASPECTOS GINECOOBSTÉTRICOS | | | |
| No. de gestaciones: | Partos: | Abortos: | Cesáreas: |
| ANTECEDENTES DIETÉTICOS | | | |
| Lactancia materna | SI: <input type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/> | Motivo: |
| Lactancia con fórmula | SI: <input type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/> | Duración: |
| Edad de ablactación: | Alimentos: | | Duración: |
| ACTIVIDAD FÍSICA | | | |
| Pasivo: <input type="checkbox"/> | Activo: <input type="checkbox"/> | Tipo: <input type="checkbox"/> | Frecuencia: <input type="checkbox"/> |
| | | | Duración: |





| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Formato | |
| Expediente Clínico | CGDEC-PCOM-FO-00-06 |

INDICADORES DIETÉTICOS

Cuántas comidas hace al día: _____

Come entre comidas: _____ Alimentos: _____

Qué alimentos consume generalmente: _____

Apetito del menor: Bueno: Malo: Regular:

A qué hora tiene más hambre: _____

Alimentos preferidos: _____

Alimentos que no le agradan / no acostumbra: _____

Alimentos que le causan malestar (especificar): _____

Cantidad de agua que consume al día: _____

Quién prepara los alimentos en casa: _____

Qué grasa utilizan en casa para preparar la comida:

Margarina: Aceite de oliva: Aceite vegetal: Manteca:

Mantequilla: Otros: _____

Ha llevado una dieta especial (especificar): _____

FRECUENCIA DE CONSUMO SEMANAL

| Alimento | Diario | Semanal | Quincenal | Mensual | Ocasional | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| LECHE | | | | | | |
| Leche semidescremada o yogurt | <input type="checkbox"/> |
| Leche entera o yogurt natural | <input type="checkbox"/> |
| Leche con sabor | <input type="checkbox"/> |
| PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL | | | | | | |
| Pechuga de pollo sin piel | <input type="checkbox"/> |
| Atún en agua | <input type="checkbox"/> |
| Carnic de res | <input type="checkbox"/> |
| Carnes magras | <input type="checkbox"/> |
| Pescado | <input type="checkbox"/> |
| Queso panela | <input type="checkbox"/> |
| Embutidos de pavo | <input type="checkbox"/> |
| Carné de cerdo | <input type="checkbox"/> |
| Queso Oaxaca | <input type="checkbox"/> |
| Huevo | <input type="checkbox"/> |
| Mariscos | <input type="checkbox"/> |
| CEREALES Y TUBÉRCULOS | | | | | | |
| Cereales sin grasa: | <input type="checkbox"/> |
| Arroz, sopas y elote | <input type="checkbox"/> |
| Cereal industrializado | <input type="checkbox"/> |
| Tortilla de maíz, harina, pan y galletas | <input type="checkbox"/> |
| VERDURAS | | | | | | |
| Verduras crudas/ensaladas/ cocidas/precocidas | <input type="checkbox"/> |
| FRUTA | | | | | | |
| Frutas crudas | <input type="checkbox"/> |
| LEGUMINOSAS | | | | | | |
| Frijol, alubia, habas, lentejas, soya y garbanzo | <input type="checkbox"/> |
| LÍPIDOS | | | | | | |
| Ácidos grasos saturados | <input type="checkbox"/> |
| Chonzo | <input type="checkbox"/> |
| Crema | <input type="checkbox"/> |
| AZÚCARES | | | | | | |
| Azúcar | <input type="checkbox"/> |
| Jugos industrializados | <input type="checkbox"/> |



| Formato | |
|---------------------------------|---------------------|
| Autorización de Atención Médica | CGDEC-PCOM-FO-00-07 |

Estancias Infantiles Municipales *****

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MENORES DE EDAD Y CONSENTIMIENTO DE NORMATIVA DE LAS ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES

Fecha:

Estancia Infantil:

Servicios médicos:

- a) Revisión médica general (filtro sanitario).
- b) Atención médica en caso de accidente dentro del plantel y traslado a instituciones competentes.
- c) Chequeo médico semestral para seguimiento en el expediente médico.

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| Nosotros: | Padres responsables de la niña o niño |
|-----------|---------------------------------------|

Siendo responsables, ante la estancia infantil municipal, de la niña o niño:

| | | |
|-----------|------------------|------------------|
| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno |
|-----------|------------------|------------------|

Aceptamos los procedimientos médico-clínicos de 1º y 2º nivel antes mencionados, así como ajustarnos a los lineamientos que marca la estancia infantil en su normativa para padres de familia y responsables de la niña o niño, publicada al interior del plantel.

| | |
|------------------|--------------------|
| Nombre del padre | Nombre de la madre |
| Firma | Firma |

Firma de conformidad



**Guadalajara
La Ciudad**



| Formato | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| Registro de Ingreso y Salida | CGDEC-PCOM-F-00-08 |

Estancias Infantiles Municipales •••••



REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA

Estancia:

Mes:

| | Fecha: | Nombre del menor | Sala | Firma de quien ingreso al menor | Hora | Firma de quien recogió al menor | Hora |
|----|--------|------------------|------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |



| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Formato | |
| Reporte Diario de la niña o niño | CGDEC-PCOM-FO-00-09 |

REPORTE DIARIO DEL MENOR
SALA MATERNAL/PREESCOLAR

Estancias Infantiles Municipales *****



Nombre del menor:
Estancia:
Maestra:

| Día: | Uniforme | Trabajo | Conducta | Comida | Sueño | Aseo | Firma de enterada | Observaciones |
|------|----------|---------|----------|--------|-------|------|-------------------|---------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |

MB: 01/01/2015 | B: 01/01/2015 | R: 01/01/2015 | M: 01/01/2015



| Formato | |
|----------------------------------|---------------------|
| Reporte Diario de la niña o niño | CGDEC-PCOM-FO-00-09 |

**REPORTE DIARIO DEL MENOR
PRIMARIA**

Estancias Infantiles Municipales •••••



Nombre del menor:

Estancia:

Maestra:

| Día: | Uniforme | Trabajo | Conducta | Comida | Tarea | Aseo | Firma de entrega | Observaciones |
|------|----------|---------|----------|--------|-------|------|------------------|---------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |

MB = Lunes | B = Martes | R = Miércoles | M = Jueves



| Formato | |
|---------------------|--------------------|
| Normativa de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-10 |



ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE NORMATIVA

Nombre de la niña o niño: _____

Nombre de la estancia: _____

Por medio de la presente, confirmo que he leído la normativa, para Padres y Responsables de menores de Estancias Infantiles Municipales.

Afirmo que comprendo y estoy de acuerdo con lo escrito en ella, por lo que no tengo ningún inconveniente en seguirla y cooperar con la Estancia Municipal para el mejor desarrollo de mi(s) hijo(a) (s).

Me comprometo acatar las sanciones correspondientes de no cumplir con los lineamientos de la Normativa para Padres.

Guadalajara, Jalisco, a ____ días del mes de _____ de 20____

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma de la madre

Directora de Estancia Infantil Municipal



Guadalajara
La Ciudad



| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Formato | |
| Recepción de Documentos | CGDEC-PCOM-F-00-11 |



**RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
CARTA COMPROMISO**

Fecha de Ingreso:

Estancia Infantil:

Horario:

Sala:

Me comprometo a reunir y entregar los siguiente documentos, así como a asistir puntualmente a mis entrevistas de ingreso, hasta concluir el trámite de mi hijo(a).

Nombre completo

| Documentos de la niña o niño | Recibió | Fecha |
|--|---------|-------|
| Acta de nacimiento (copia) | | |
| Cartilla de vacunación (copia) | | |
| Tarjetón de citas (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.) | | |
| Grupo sanguíneo (copia) | | |
| 4 fotografías | | |
| Documentos de los padres | Recibió | Fecha |
| Carta de trabajo del padre (copia) | | |
| Carta de trabajo de la madre | | |
| Credencial del INE del padre (copia) | | |
| Credencial del INE de la madre (copia) | | |
| Comprobante de domicilio (copia) | | |
| 2 fotografías del padre | | |
| 2 fotografías de la madre | | |
| Documentos de los responsables | Recibió | Fecha |
| Credencial del INE (copia) | | |
| 2 fotografías | | |
| Credencial del INE (copia) | | |
| 2 fotografías | | |
| Credencial del INE (copia) | | |
| 2 fotografías | | |

| Entrevistas | Fecha | Observaciones |
|--|-------|---------------|
| Medica (llevar a la niña o niño) | | |
| Psicológica (llevar a la niña o niño) | | |
| Trabajo social (llevar a la niña o niño) | | |

| | |
|---|--------------------|
| Fecha compromiso para entrega de documentación: | |
| Firma del padre o madre | Numero de celular: |



Formato Solicitud de Registro CGDEC-PCOM-F-00-12



Guadalajara La Ciudad



Fecha de captura:

SOLICITUD DE REGISTRO

Folio:

Estancia infantil solicitada:

Expediente:

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Form fields for beneficiary data: Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Teléfono, Teléfono de emergencia, Cohabitan, Estado civil, Tiempo, Sala inicial, Horario de servicio, Correo de la mamá, Correo del papá

1.2 DATOS DE LA NIÑA O NIÑO

Form fields for child data: Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Fecha de nacimiento, Edad, Lugar de nacimiento, Sexo, Fecha de ingreso, Domicilio, Cruce de calles, Colonia/Municipio, Años de residencia

2. INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Table with 7 columns: Nombre, Parentesco, Edad, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Ingreso. Rows 1-9.

Total ingresos: \$

3. ADEUDOS Y CRÉDITOS

Table with 2 columns: Item (Rentas, Agua, Luz, Gas, etc.), Total \$

4. ALIMENTACIÓN

Table with 4 columns: Producto que consumen, Diario, c/3 día, c/6 día. Items include Dairy, Meat, Beans, Egg, Soy, Pasta, Rice, Bread, Tortillas, Refreshment, Vegetables, Fruit, Milk, Cereal, Candy, Others.

Observaciones

¿Ha recibido o recibe apoyo de alguna institución, de que tipo?

Observaciones sobre alimentación



| | |
|------------------------------|---------------------------|
| Formato | |
| Solicitud de Registro | CGDEC-PCOM-F-00-12 |

5. VIVIENDA

Luz con medidor sin medidor

Baño externo interno

Agua propia toma domiciliaria

Casa propia renta familiar en renta compartida irregular

Materiales de construcción

Paredes ladrillo adobe bloc carbon otros

Techos lamina concreto rovere cartón otros

Composición de la vivienda

Desarrollado: Baño, Sala, Comedor, Cocina, Pisos, Total Cuartos

(Observaciones sobre la vivienda (limpieza, higiene, distribución, mobiliario y vehiculo))

6. SALUD

| Integrantes | Enfermedad | Tratamiento | Discapacidad | Institución de salud |
|-------------|------------|-------------|--------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |

7. INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa en la que trabaja el padre o tutor: _____ Fecha de ingreso: _____

Dirección: _____ Teléfono y extensión: _____

Puesto: _____ Departamento: _____ Jefe inmediato: _____ Horario de trabajo: _____

Sueldo neto con percepciones fijas: _____ Periodos vacacionales: _____ Fecha de la verificación: _____

Nombre de la Empresa en la que trabaja la madre o tutora: _____ Fecha ingreso: _____

Dirección: _____ Teléfono y extensión: _____

Puesto: _____ Departamento: _____ Jefe inmediato: _____ Horario de trabajo: _____

Sueldo neto con percepciones fijas: _____ Periodos vacacionales: _____ Fecha de la verificación: _____

Relacionar los 3 últimos trabajos: Tiempo de permanencia de la madre

Relacionar los 3 últimos trabajos: Tiempo de permanencia de la madre

Una vez informados en verificación cumplir con los requisitos de la convocatoria

Día Mes Año

NOMBRE Y FIRMA DEL APLICADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O MADRE SOLICITANTE



| | |
|-----------------------|--------------------|
| Formato | |
| Solicitud de Registro | CGDEC-PCOM-F-00-12 |



Estancias Infantiles Municipales •••••



Guadalajara
La Ciudad

HOJA DE DATOS DE LA NIÑA O NIÑO

| DATOS DE LA NIÑA O NIÑO | | | | | |
|---|---|---------------------|----------------------|---------------------|-------|
| FOTOGRAFÍA | Nombre del menor | | Sexo | Edad | Sala |
| | Número de afiliación al IMSS | | Clinica | Consultorio | Turno |
| DATOS DE LOS PADRES | | | | | |
| FOTOGRAFÍA | Nombre del padre | | Domicilio particular | | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma | |
| FOTOGRAFÍA | Nombre del madre | | Domicilio particular | | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma | |
| PERSONAS AUTORIZADAS PARA TRASLADO DE LA NIÑA O NIÑO | | | | | |
| FOTOGRAFÍA | Nombre de la primera persona autorizada | | Domicilio particular | | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma | |
| FOTOGRAFÍA | Nombre de la segunda persona autorizada | | Domicilio particular | | |
| | Teléfono particular | Teléfono de trabajo | Celular | Firma | |
| NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA EN CASO DE EMERGENCIA | | | | | |
| Nombre | | Parentesco | | Teléfono particular | |
| Celular | Domicilio | | Colonia | | |
| Nombre | | Parentesco | | Teléfono particular | |
| Celular | Domicilio | | Colonia | | |
| Nombre | | Parentesco | | Teléfono particular | |
| Celular | Domicilio | | Colonia | | |



| Formato | |
|----------------------|--------------------|
| Diagnostico Familiar | CGDEC-PCOM-F-00-13 |

Estancias Infantiles Municipales ●●●●●

DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Folio: _____

Nombre del beneficiario: _____

Nombre de la niña o niño: _____

Fecha _____

| Indicadores | 0 | 5 | 10 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Estructura familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conducta de la niña o niño | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Redes de apoyo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Compromiso de los padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Puntaje total: _____

Nombre y firma del evaluador



Guadalajara
La Ciudad



| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Formato | |
| Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-14 |



ENTREVISTA A PADRES

Hoja 1/4

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Estandar infantil: | Folio: |
| Nombre: | Fecha: |
| Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | Lugar de nacimiento: |
| Tiempo de residencia: | Colonia: |
| Escuela: | Teléfono: |
| Fuente de referencia: | Grado: |
| | Turno: |
| | Firma: |

Motivo de ingreso a la estancia: _____

Tratamientos neuropsicopedagógicos recibidos (lugar, tiempo, estudios, resultado, y motivo de terminación): _____

| | | | |
|---------------------------------------|----------|------------|-------------|
| ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR | PRIMARIA | SECUNDARIA | CUKTERNARIA |
|---------------------------------------|----------|------------|-------------|

GENOGRAMA

¿Vive alguien más en su casa? (especificar parentesco, nombres y edad) _____

Relación familiar: _____

Relación de pareja: _____

Relación con sus hermanos: _____

Relación con su papa: _____

Relación con su mamá: _____

Relación con otros miembros de la familia: _____

Concepto que la familia tiene de la niña o niño: _____

¿Cómo cree que se portará en la estancia? _____



Formato
Entrevista de Padres CGDEC-PCOM-F-00-14



ENTREVISTA A PADRES

Hoja 2/4

Form with sections: EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO, ANTECEDENTES DEL DESARROLLO, ACTIVIDADES Y SOCIALIZACIÓN. Includes fields for pregnancy details, developmental milestones, and socialization.



Formato
Entrevista de Padres
CGDEC-PCOM-F-00-14



ENTREVISTA A PADRES

Hoja 3/4

ASPECTO EMOCIONAL

Como se percibe la niña o niño a si mismo (autoestima baja, optima, destacada)
Descripcion de su caracter
Prevalencia de la (emocion: alegria, enojo, tristeza, miedo, etc.)
Fuentes de alegria y como lo expresa
Fuentes de enojo y como lo expresa
Fuentes de miedo y como lo expresa
Fuente de tristeza y como lo expresa
Manejo de la frustracion: ¿Como responde? ¿Que hace?

INDEPENDENCIA:

Actividades que realiza la niña o niño por si mismo:
Baño (cada cuando)
Vestido (cada cuando)
Lavado de dientes y manos
Independencia en via pública
Utiliza electrodomésticos, estufa, cuchillos
Conoce su nombre, direccion y telefono
Tareas en casa
En que cosas necesita ayuda

DESARROLLO SEXUAL

Describe que curiosidad ha presentado sobre el origen de los bebés
Diferencia de sexos
Apariencia física
Gentilidad
Problemas de identificación sexual
Ha presentado o presenta problemas de masturbacion (¿o no lo ha manejado?)
Ha presentado o presenta algun tipo de abuso sexual

CONDUCTAS ATÍPICAS

Tricotilomania
Erasmo
Bebido
Burbuja
Estreñido
Encopresis
Angustia
Tricofagia
Daño a propiedad
Tricotilomania
Erasmo
Bebido
Burbuja
Estreñido
Encopresis
Angustia
Fobia a pulsera
Autoleccion
Priman's
Tic
Migraña
Fobia
Estreñido
Encopresis
Angustia
Fobia
Objeto de transicion
Fobia
Estreñido
Encopresis
Angustia

AREA ESCOLAR

Edad de niño escolar
¿Como fue su adaptación?
Grupos repetidos
Numero de escuelas y matric de cambio
Entidad de la niña o niño hacia la escuela
¿Como es tu desempeño en clase?



| Formato | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Entrevista de Padres | CGDEC-PCOM-F-00-14 |



ENTREVISTA A PADRES

Hoja 4/4

Actitud hacia sus tareas _____ ¿con quién la hace? _____
 ¿por qué cree esa act. sus? _____
 Relación con sus compañeros _____
 Relación con el maestro (de la niña o niño) y padres (estable que se tiene con él) _____
 Materias en las que presenta dificultades y que ha hecho para mejorarlas _____
 LECTURA (fluidad, con precisión, omisión o sustitución de letras o palabras) _____
 ESCRITURA (dilema, disortografía, disgrafía) _____
 MATEMÁTICAS (operaciones básicas, razonamiento lógico-matemático, resolución de problemas) _____

EXPECTATIVAS DE LOS PADRES
 Expectativas del padre hacia la niña o niño _____
 Cómo perciben a su hijo o hija a futuro _____
 Cómo quisiera que su hijo o hija lo perciba a usted _____
 Conductas que requieren atención psicológica _____
 ¿Cómo cree que su hijo o hija se desenvuelva en la estancia? _____
 Aspectos positivos _____
 Aspectos negativos _____

COMENTARIOS PARA EL ENTREVISTADOR
 Actitud de los padres hacia la entrevista _____
 Expectativas de los padres hacia el servicio _____
 Impresión diagnóstica _____
 Diagnóstico _____
 Comentarios u observaciones _____

PSIC. NOMBRE Y FIRMA _____



Formato
Expediente Clínico CGDEC-PCOM-F-00-15



HISTORIA CLÍNICA
FICHA CLÍNICA
Hoja VS

Fecha: Foto:

Nombre: Fecha de nacimiento:
Edad: Escolaridad:
Domicilio:
Nombre del padre: Ocupación:
Nombre de la madre: Ocupación:

Motivo de consulta: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes mellitus: _____ Cardiopatías: _____
 Hipertensión arterial: _____ Cáncer: _____
 Insuficiencia renal: _____ SIDA/ Hepatitis: _____
 Toxicomanías: _____ Gastroenteritis: _____
 Infecciones respiratorias altas/bajas: _____
 Otras: _____
(Especificar: quienes han sido afectados por las enfermedades: padre, madre, hermanos, tías, abuelos, etc.)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades propias de la infancia:

Sarampión ¿A qué edad lo presentó? _____
 Rubéola ¿A qué edad lo presentó? _____
 Varicela ¿A qué edad lo presentó? _____
 Escarlatina ¿A qué edad lo presentó? _____
 Otras: _____

Parotiditis ¿A qué edad lo presentó? _____
 Hepatitis ¿A qué edad lo presentó? _____
 Dengue ¿A qué edad lo presentó? _____
 Malaria ¿A qué edad lo presentó? _____
 Malaria ¿A qué edad lo presentó? _____
 EDAE ¿A qué edad lo presentó? _____

ACEFALIAS NO SI Especifique: _____
 CIPUDIAS NO SI Especifique: _____
 TRANSMISIONES NO SI Especifique: _____



| | |
|--------------------|--------------------|
| Formato | |
| Expediente Clínico | CGDEC-PCOM-F-00-15 |



HISTORIA CLINICA
FICHA CLINICA
Hoja 2/5

| | | | | | | |
|---|-----------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS | | | | | | |
| TIPO DE SANGRE: O: _____ RH: _____ INMUNIZACIONES: _____ | | | | | | |
| HÁBITOS DE HIGIENE (FRECUENCIA DEL BAÑO, CEPILLADO DE DIENTES, APARIENCIA GENERAL) _____ | | | | | | |
| ZOOZONOSIS (EN CASO DE SER POSITIVAS ESPECIFIQUE CON QUE ANIMAL ES CONVIVE EL MENOR) _____ | | | | | | |
| TIPO DE VIVIENDA: _____ TECHO: LAMINA CEMENTO CARTÓN | | | | | | |
| MADERA | | | | | | |
| INTERIOR: ADOSIC SDO. (INTROPISO) OBPA, NECPA | | | | | | |
| HÁBITOS INADECUADOS: _____ | | | | | | |
| ANTECEDENTES PERINATALES, NATALES Y POSTNATALES | | | | | | |
| Prenatales | | | | | | |
| Producto de embarazo N.º _____ De curso: Normal Complicaciones Especifique: _____ | | | | | | |
| Toxicomanías de la madre: _____ | | | | | | |
| Ingesta de medicamentos durante el embarazo: _____ | | | | | | |
| Natales | | | | | | |
| Lugar de nacimiento: _____ | | | | | | |
| Hospital | Centro de salud | Casa | Otros | Tipo de parto | Parto | Cesárea |
| Datos al nacimiento | | | | | | |
| APGAR | Peso: _____ gr | | | Minuto: _____ | 5 minutos: _____ | |
| Talla: _____ cm | | | De _____ semanas de gestación | | | |
| Presentó problemas al nacer: NO SI Especifique: _____ | | | | | | |
| Postnatales: | | | | | | |
| Alimentación: _____ | | Sede Materna: _____ | | Duración: _____ | | |
| Suscitación: _____ | | | Adaptación: _____ | | Ingreso a creche familiar: _____ | |
| Alojar: _____ | | Trastornos: _____ | | Causa: _____ | | Lugar: _____ |
| Desarrollo Psicomotor (especificar edad en meses) | | | | | | |
| Según Ojeda: _____ meses | | Según Ojeda: _____ meses | | Según Ojeda: _____ meses | | Según Ojeda: _____ meses |
| Según Ojeda: _____ meses | | Según Ojeda: _____ meses | | Según Ojeda: _____ meses | | Según Ojeda: _____ meses |
| Madre embarazada: _____ | | | | | | |



| Formato | |
|--------------------|--------------------|
| Expediente Clínico | CGDEC-PCOM-F-00-15 |



NOTA DE EVOLUCION SUBSECUENTE

Hoja 5/5

Folio:

Fecha:

Estancia infantil:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO





| Formato | |
|---------------------------------|--------------------|
| Autorización de Atención Médica | CGDEC-PCOM-F-00-16 |



AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MENORES DE EDAD Y CONSENTIMIENTO DE NORMATIVA DE LAS ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES

Fecha:

Estancia infantil:

Servicios médicos:

- a) Revisión médica general (filtro sanitario).
- b) Atención médica en caso de accidente dentro del plantel y traslado a instituciones competentes.
- c) Chequeo médico semestral para seguimiento en el expediente médico.

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| Nosotros: | |
| | Padres responsables de la niña o niño |

Siendo responsables, ante la estancia infantil municipal, de la niña o niño.

| | | |
|-----------|------------------|------------------|
| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno |
|-----------|------------------|------------------|

Aceptamos los procedimientos médico-clínicos de 1º y 2º nivel antes mencionados, así como ajustarnos a los lineamientos que marca la estancia infantil en su normativa para padres de familia y responsables de la niña o niño, publicada al interior del plantel.

| | |
|------------------|--------------------|
| Nombre del padre | Nombre de la madre |
| _____ | _____ |
| Firma | Firma |

Firma de conformidad





| Formato | |
|------------------------------|--------------------|
| Registro de Ingreso y Salida | CGDEC-PCOM-F-00-17 |



REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA

Estancia:

Mes:

| Fecha: | Nombre de la niña o niño | Sela | Firma de quien ingresó a la niña o niño | Hora | Firma de quien recogió a la niña o niño | Hora |
|--------|--------------------------|------|---|------|---|------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |



| | |
|----------------------------------|--------------------|
| Formato | |
| Reporte Diario de la niña o niño | CGDEC-PCOM-F-00-18 |

REPORTE DIARIO DE LA NIÑA O NIÑO
SALA MATERNAL/PREESCOLAR



Nombre de la niña o niño:

Estancia:

Maestra:

| Día: | Uniforme | Trabajo | Conducta | Carnida | Sueño | Aseo | Firma de enterado | Observaciones |
|------|----------|---------|----------|---------|-------|------|-------------------|---------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |

MB= MUY BUENO | B= BUENO | R= REGULAR | M= MALO



| FORMATOS | |
|----------|--|
|----------|--|

| | |
|--|--------------------|
| Convenio de autorización, sinergias y particulares | CGDEC-PCOM-F-00-19 |
|--|--------------------|



Guadalajara



RESOLUCIÓN PARA EL USO PARCIAL DE LOS CENTROS COMUNITARIOS

Guadalajara, Jalisco, al día **08** del mes de **enero** del año **2020** dos mil veinte.

Visto: Para resolver en definitiva de conformidad a lo establecido en el artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en correlación con los artículos 73 de la Constitución Política del Estado, 1, 2 y 3 de la Ley del Gobierno y la Administración Pública Municipal, ambas del Estado de Jalisco, 122 fracción XVI, 123 fracciones V y XIV, del Reglamento de la Administración Pública Municipal de Guadalajara, numerales 1, 2, 3, 4, 7, 8 y 9 del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara, respecto de la solicitud de **Autorización para el Uso Parcial de los Centros Comunitarios**, la cual se integro bajo el expediente interno número **EXP. _____** relativo a los Centros Comunitarios identificados como **_____** en esta municipalidad de Guadalajara Jalisco, a petición del solicitante de **Conedores Comunitarios del Sistema DIF Guadalajara**, con base a los siguientes:

ANTECEDENTES

PRIMERO. De conformidad a lo dispuesto por el numeral 8 fracciones I y II del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara, se presentó solicitud por escrito por parte de la _____ el día _____ del mes de _____ al _____ de _____ del Centro Comunitario ubicado en las calles _____ en esta municipalidad de Guadalajara Jalisco, informando la dependencia municipal, mediante una explicación detallada, que la actividad que desea realizar es la de **Conedores Comunitarios**, que el número aproximado de aforo para dicha actividad serán **_____** beneficiados en cada uno, actividad que se llevará a cabo del _____ al _____, dentro de un horario de _____, la cual no tendrá un costo.

Asimismo, manifestó y aceptó de conformidad los términos y condiciones establecidas por la Coordinación de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad, así como disposiciones establecidas en el Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitarios del Municipio de Guadalajara y demás ordenamientos municipales, así como el compromiso al buen uso, mantenimiento y responsabilidad de los posibles daños que pudieran llegar a ocasionarse en el bien inmueble y mobiliario solicitado durante el periodo a autorizar.

SEGUNDO. Una vez que se dio cumplimiento con los requisitos y formalidades que prevé el numeral 8 del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara, y previo análisis a la solicitud presentada por parte de la _____ el día _____ ante la Jefatura de Centros Comunitarios, se procede a resolver la solicitud mediante resolución administrativa, la cual hoy se pronuncia

CONSIDERANDOS

1. **PERSONALIDAD.** El Municipio de Guadalajara, a través de la Coordinación de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad, es un ente con personalidad jurídica y patrimonio propio, en los términos del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados



condiciones, tomándose en consideración el deterioro normal por el uso ordinario; y
VI. Solicitar con 05 cinco días hábiles de antelación al término de la autorización, la renovación de la misma justificando el propósito de ésta.

Para el caso de incumplimiento a lo antes establecido, y de conformidad a lo que establece los numerales 5 y 10 del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara, se procederá a la **revocación de la autorización**, en los siguientes casos:

- I. Cuando el uso del Centro Comunitario tenga como fines, actividades sindicales, religiosas o partidistas; eventos que impliquen el consumo de bebidas alcohólicas; actividades privadas de tipo social tales como festejos, cumpleaños, bodas, primeras comuniones, matrimonios o similares; actividades meramente lucrativas; que el bien inmueble sea destinado para casa-habitación; y cualquier otro uso que resulte contrario a los fines propios de los bienes inmuebles.
- II. Cuando a quien se le entregó el uso o guarda del bien inmueble, deje de utilizarlo por más de 15 quince días naturales, sin causa justificada.
- III. Prestar, arrendar o subarrendar parcial o totalmente las instalaciones de los Centros Comunitarios;
- IV. Cualquier incumplimiento de las obligaciones señaladas en el artículo 9 de este reglamento y esta resolución; y
- V. Cualquier incumplimiento a los términos y condiciones para su uso.

Así mismo, si se causa algún daño al bien inmueble, se realizan actividades sin autorización o son sorprendidos realizando por sí o por interpósita persona acciones que tengan como propósito la obtención de un provecho o beneficio indebido del mencionado lugar, serán sancionados conforme a lo dispuesto por la Ley de Ingresos Municipal vigente y aplicable, pudiendo en su caso, ser remitidos a las autoridades correspondientes, si con motivo de la conducta realizada pudiera desprenderse algún hecho delictivo; lo anterior de conformidad con lo establecido en los artículos 12 y 13 del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara.

Por todo lo anteriormente expuesto y motivado, y con fundamento en lo previsto por el artículo 8 fracción III del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara, se resuelve conforme a las siguientes:



PROPOSICIONES:

PRIMERA.-La personalidad de las partes y la competencia de este Municipio de Guadalajara, quedaron acreditadas en los términos establecidos en el considerando primero y segundo de la presente resolución.

SEGUNDA.-_____ acreditó haber cubierto los requisitos previstos en el Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara.

TERCERA.-Se otorga en favor de la _____ para el uso parcial de los Centros Comunitarios, ubicados en las calles en esta municipalidad de Guadalajara Jalisco.

En este sentido, la autorización se otorga bajo las siguientes especificaciones y condiciones:

- 1.- Tendrá una vigencia de un año del _____ al _____,
- 2.- El uso que el solicitante le dará al espacio denominado como Comedor Comunitario del Centro Comunitario _____ ubicados en las calles, será únicamente para Comedor Comunitario _____ cuyo número aproximado de beneficiados serán 50 personas los beneficiados en cada Comedor del programa.
- 3.-El Comedor comunitario _____, se llevará a cabo del _____ al _____,
- 4.- Dicho Programa no tendrá costo.

CUARTA.-En caso de inconformidad con la presente resolución, la misma es impugnabile por medio del recurso de revisión o juicio de nulidad, siendo optativos; interponiéndose el primero dentro del término de 20 veinte días hábiles a partir del día siguiente de su notificación ante el Sindico del Municipio de Guadalajara y el segundo dentro de los 30 treinta días siguientes a aquel en el que haya surtido efectos la notificación de la presente resolución ante el Tribunal de lo Administrativo del Estado de Jalisco.

QUINTA.-Gírese atento oficio a la _____ a efecto de hacerle de su conocimiento el contenido de la resolución, para su debido cumplimiento y efectos legales correspondientes.



NOTIFÍQUESE PERSONALMENTE.

Así lo resolvieron y firma la Psic. María Teresa Gómez Ramírez, en su carácter de Jefa de los Centros Comunitarios, de conformidad con lo previsto por los artículos 6, 7 y 8 del Reglamento para el Uso de los Centros de Bienestar Comunitario del Municipio de Guadalajara.

DIRECTORA DE PROGRAMAS SOCIALES

JEFA DE LOS CENTROS DE BIENESTAR COMUNITARIO

SOLICITANTE



| FORMATOS | |
|-------------------------|--------------------|
| Formatos de inscripción | CGDEC-PCOM-F-00-20 |



Formato de datos.

Nombre del alumno

Nombre del tutor (en caso de ser menor de edad)

Edad _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento

Tipo de sangre

Actividad/horario

Domicilio

Teléfono o Cel.

Tel de emergencia

Identificación oficial.

Firma del alumno.

Firma del tutor.

El contenido de este documento es información confidencial conforme a la Ley de Protección de Datos del Estado de Jalisco y sus Municipios, de conformidad al artículo 21 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.



| Formato | |
|------------------------------|---------------------------|
| SOLICITUD DE REGISTRO | CGDEC-PCOM-F-00-22 |



SOLICITUD DE REGISTRO
Programa Primero Comer
del Gobierno de Guadalajara

Guadalajara, Jalisco a de de 2020 Número de Folio. 0001

En respuesta a la convocatoria realizada por el H. Ayuntamiento de Guadalajara y en conocimiento del posible apoyo del cual puedo ser sujeto (a), solicito ante la Coordinación de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad mi registro al programa municipal denominado "Primero Comer", toda vez que

por lo que acepto ser evaluado (a) con el fin de determinar si puedo ser beneficiado (a) de conformidad a las consideraciones normativas propias del programa de referencia.

CASILLAS PARA PALOMEAR DOCUMENTACIÓN ENTREGADOS EN COPIA SIMPLE Y COTEJADOS CON ORIGINAL QUE ACREDITAN LA IDENTIDAD Y COMPROBANTE DE DOMICILIO

Identificación oficial (Vigente) SI NO Comprobante de domicilio (No mayor a 3 meses) SI NO

DATOS GENERALES DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE: Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FECHA DE NACIMIENTO: **EDAD:** **SEXO:** Masculino/Femenino

TELEFONO: Local Celular Otro

DOMICILIO: Calle, Numero, Código Postal, Colonia, Municipio, Referencias de Ubicación.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE





Guadalajara, Jalisco a de de 2020 Número de Folio. 0001

Quien recibe la solicitud:

Telefonos de la Jefatura del Programa "Primero Comer": 36691300 ext 1484 y 1496

**COORDINACIÓN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO
Y COMBATE A LA DESIGUALDAD DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALAJARA.**

PRESENTE:

Por medio de la presente yo C.

Bajo protesta de decir verdad y en pleno goce de mis facultades para llevar a cabo este proceso manifiesto:

- a) No ser persona beneficiaria de otro apoyo económico previsto en la partida presupuestal para apoyos sociales ni haberlo sido durante el ejercicio fiscal vigente, así como la veracidad de los datos que he vertido en la Solicitud de Registro, Cuestionario Socioeconómico y demás documentación que acompañan al presente trámite;
- b) Que no existe otro beneficiario de este apoyo social que habite en mi domicilio particular; y
- c) Hago constar que no soy funcionario público a nivel federal, estatal, municipal y/o de organismos públicos descentralizados; por lo que autorizo a la Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad o a quien esta designe, a realizar las investigaciones necesarias para el trámite correspondiente en cualquier momento del proceso.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE



VIVIENDA

Servicios básicos

Luz: Con medidor Sin medidor Sin servicio Otro Cual: _____

Agua: Toma domiciliaria Pipa Toma externa Otro Cual: _____

Drenaje: Entubado Abierto Otro Cual: _____

Combustible: Gas natural Gas LP Leña Electricidad Otro Cual: _____

Baño: Interno Externo Colectivo otro Cual: _____

Casa: Propia Rentada Compartida Prestada De familiar

Calidad y espacios

Muros: Ladrillo Block Adobe Lamina Otro Cual: _____

Techos: Bóveda Concreto Lamina Otro Cual: _____

Piso: Mosaico Cemento Tierra Otro Cual: _____

Composición de la vivienda

Recámaras: _____ **Baños:** _____ **Sala:** _____ **Comedor:** _____ **Cocina:** _____

Total de cuartos: _____ **Observaciones de la vivienda:** _____

SALUD

Persona afectada:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ Parentesco: _____

Enfermedad

Discapacidad _____ Tratamiento _____ Institución _____

INFORMACIÓN LABORAL

Afore: _____ **Servicios médicos:** _____ **Fecha de ingreso:** _____

Nombre de la empresa o negocio: _____

Dirección: _____ **teléfono:** _____

Puesto: _____ **Departamento:** _____ **Jefe inmediato:** _____

Horario de trabajo: _____ **Sueldo neto:** _____ **Vacaciones:** _____

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y CUMPLIO CON LOS REQUISITOS DE LA CONVOCATORIA. A _____ DE _____ DE 2020.

NOMBRE Y FIRMA DEL APLICADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE



| Formato | |
|---------------------|--------------------|
| CARTA DE ACEPTACION | CGDEC-PCOM-F-00-24 |



CARTA DE ACEPTACIÓN DEL APOYO

Fecha: de del 2020.

Número de solicitud de registro:

En cumplimiento a las responsabilidades como persona beneficiaria del Programa **Primero Comer** del **Gobierno Municipal de Guadalajara**, de conformidad a lo dispuesto en el apartados de número y 14, fracción II, inciso d) de las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal del año 2020.

Hago constar que acepto recibir el apoyo en especie establecido en el apartado 8, fracción I de las Reglas de Operación del Programa, consistente en una entrega quincenal de aproximadamente 25 kilogramos de algunos de los alimentos o su equivalente que contiene la canasta alimentaria urbana establecida por el CONEVAL. Con un máximo de 50 kilogramos por mes en cada domicilio registrado en el padrón de beneficiarios.

Atentamente

Nombre completo y firma de la persona beneficiaria

| | | | |
|------------------|------------------|------------|-------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | Firma |
|------------------|------------------|------------|-------|

Recibo de apoyo en especie del programa Primero Comer del Gobierno de Guadalajara

| QUINCENA | FECHA | FIRMA DE RECIBIDO |
|-----------------|-------|-------------------|
| 1º / MAYO | | |
| 2º / MAYO | | |
| 1º / JUNIO | | |
| 2º / JUNIO | | |
| 1º / JULIO | | |
| 2º / JULIO | | |
| 1º / AGOSTO | | |
| 2º / AGOSTO | | |
| 1º / SEPTIEMBRE | | |
| 2º / SEPTIEMBRE | | |
| 1º / OCTUBRE | | |
| 2º / OCTUBRE | | |
| 1º / NOVIEMBRE | | |
| 2º / NOVIEMBRE | | |
| 1º / DICIEMBRE | | |
| 2º / DICIEMBRE | | |





4. Glosario

Discapacidad: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

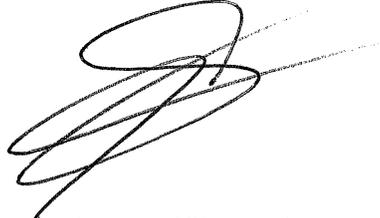
Pobreza alimentaria: Se asocia con la pobreza extrema, que identifica a personas y/o familias con ingresos insuficientes.

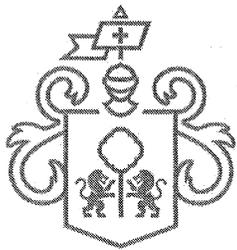
Situación de violencia: es un tipo de interacción entre individuos o grupos, por medio de la cual un animal o grupo de animales, intencionalmente causa daño o impone una situación.

Vulnerabilidad económica: se refiere a las familias de pocos recursos económicos, muchas veces ocupan zonas de alto riesgo, alrededor de las ciudades, porque no tienen suficientes opciones de elegir lugares más seguros.



4. Autorizaciones

| Firma De Autorización | |
|---|---|
|  ING. Juan Manuel Munguía Méndez | |
| Titular de la Coordinación General de Desarrollo Económico y Combate a la Desigualdad | |
| Visto Bueno | Asesoría y Supervisión |
|  Ing. Saúl Eduardo Jiménez Camacho |  Mtro. Alejandro Iñiguez Vargas |
| Titular de la Dirección de Innovación Gubernamental | Titular de la Jefatura de Departamento de Gestión de la Calidad |



Gobierno de
Guadalajara