

Manual de Procedimientos

DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

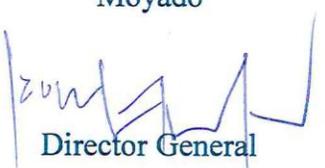
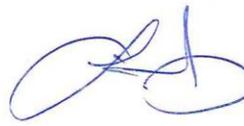
OCTUBRE 2016



*Ciudad
de Progreso*

Manual de Procedimientos DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067

| AUTORIZACIONES | | |
|--|---|--|
| <p>Juan Román Espinosa Moyado</p>  <p>Director General</p> | <p>Lizbeth Gómez Calderón</p>  <p>Directora de Atención a Personas con Discapacidad</p> | <p>Juan Carlos Bermúdez Argüelles</p>  <p>Jefe de Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación</p> |
| <p>Liliana Pérez Ronquillo</p>  <p>Jefe de Departamento de Inclusión Social</p> | <p>Rodolfo Sánchez Corro</p>  <p>Contralor Municipal</p> | |

Aprobado el catorce de octubre del dos mil dieciséis con fundamento en los artículos 169 fracciones VII y IX de la Ley Orgánica Municipal; 20 fracción II, 34 fracción XVIII, 35 fracción XIII del Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF; y 12 fracción VI del Reglamento Interior de la Contraloría Municipal del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla.

| | Índice | Página |
|------|---|---------------|
| I. | Introducción. | 5 |
| II. | Presentación de los Procedimientos. | 6 |
| III. | Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación | |
| | Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad temporal o permanente. | 8 |
| | Formatos | 15 |
| | Procedimiento para realizar estudios de audiometrías | 25 |
| | Formatos | 28 |
| | Procedimiento para otorgar servicios de Terapia de Lenguaje | 30 |
| | Formatos | 33 |
| | Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Física (hidroterapia, electroterapia, termoterapia, mecanoterapia y estimulación temprana). | 35 |
| | Formatos | 38 |
| | Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Ocupacional y del Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS) | 40 |
| | Formatos | 43 |
| | Procedimiento para otorgar servicios de Equinoterapia. | 45 |
| | Formatos | 48 |
| IV. | Departamento de Inclusión Social | |
| | Procedimiento para la gestión y entrega de la Credencial Nacional de personas con discapacidad. | 50 |
| | Formato | 55 |
| | Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de resiliencia. | 56 |
| | Formatos | 60 |
| | Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de diseño universal. | 61 |
| | Formato | 64 |
| | Procedimiento de inscripción e impartición del taller de danza en silla. | 65 |
| | Formatos | 68 |
| | Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad. | 70 |
| | Formatos | 74 |
| V. | Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral | |
| | Procedimiento para la inclusión laboral para Personas con Discapacidad | 76 |
| | Formatos | 84 |
| | Procedimiento para la inclusión laboral a Instituciones Públicas o Privadas | 93 |
| | Formatos | 100 |
| | Procedimiento para los talleres de capacitación laboral | 102 |
| | Formatos | 108 |
| | Procedimiento para el seguimiento al usuario/a incluido | 111 |
| | Formatos | 114 |
| | Procedimiento para el seguimiento a la empresa incluyente | 116 |
| | Formatos | 119 |



**Manual de Procedimientos
de la Dirección de Atención
a Personas con
Discapacidad**

Clave: **MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067**

Fecha de elaboración: **14/10/2016**

Núm. de revisión: **01**

| | | |
|----|---|-----|
| | Procedimiento para los talleres de capacitación Socio- laboral | 121 |
| | Formatos | 124 |
| | Procedimiento para el Taller Básico de Lengua de Señas Mexicana | 125 |
| | Formatos | 128 |
| VI | Glosario de Términos | 130 |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Municipal DIF, Organismo Público Descentralizado, constituido debidamente en el Municipio de Puebla el día 9 de marzo de 1993 con la finalidad de planear, generar y direccionar estrategias dedicada a promover valores y acciones que encaucen al fortalecimiento familiar, como medio para consolidar una mejor sociedad.

El presente Manual de Procedimientos pretende detallar las actividades generales de cada una de las Unidades Administrativas que integran la Dirección mostrando, a través de diagramas de flujo, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que se están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo y ejecución de estas actividades. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades que realiza el Sistema Municipal DIF.

Por lo anterior, se pretende que el mismo, tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dirección, describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal.

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

El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en el, por lo tanto el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo, atendiendo dicha actualización a:

- La Estructura Orgánica registrada por la Contraloría Municipal;
- El Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF; y
- Métodos de trabajo de las Unidades Administrativas.

Asimismo, y con la intención de fomentar un entorno de respeto e igualdad entre el personal de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad del Sistema Municipal DIF, que considere los principios básicos de igualdad y equidad, que deben existir entre hombres y mujeres para su óptimo desarrollo personal y profesional, toda referencia, incluyendo los cargos y puestos en este Manual, al género masculino lo es también para el género femenino, cuando de su texto y contexto no se establezca que es para uno u otro género.

En este sentido, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4 que el varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

El contenido técnico del presente documento es responsabilidad de quien lo emite así como sus modificaciones, cada vez que la normatividad aplicable o las tareas al interior de las Unidades Administrativas que la conforman, signifiquen cambios en sus procedimientos, a efecto de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz.

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

II. PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN

1. Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad Temporal o Permanente.
2. Procedimiento para realizar estudios de audiometrías.
3. Procedimiento para otorgar servicios de Terapia de Lenguaje.
4. Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Física (hidroterapia, electroterapia, termoterapia, mecanoterapia y estimulación temprana).
5. Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Ocupacional y del Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS).
6. Procedimiento para otorgar servicios de Equinoterapia.

DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL

7. Procedimiento para la gestión y entrega de la Credencial Nacional de personas con discapacidad.
8. Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de resiliencia.
9. Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de diseño universal.
10. Procedimiento de inscripción e impartición del taller de danza en silla.
11. Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad.

DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL

12. Procedimiento para la inclusión laboral para Personas con Discapacidad.
13. Procedimiento para la inclusión laboral a Instituciones Públicas o Privadas.
14. Procedimiento para los talleres de capacitación laboral.
15. Procedimiento para el seguimiento al usuario/a incluido.



**Manual de Procedimientos
de la Dirección de Atención
a Personas con
Discapacidad**

Clave: **MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067**

Fecha de elaboración: **14/10/2016**

Núm. de revisión: **01**

16. Procedimiento para el seguimiento a la empresa incluyente.
17. Procedimiento para los talleres de capacitación Socio- laboral.
18. Procedimiento para el Taller Básico de Lengua de Señas Mexicana.

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

III. DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN

| | |
|----------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad Temporal o Permanente. |
| Objetivo: | Brindar servicios de diagnóstico y rehabilitación, con la finalidad de mejorar la capacidad de las personas para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional. |
| Fundamento Legal: | <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, tercer párrafo.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168 fracción I.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracción V.</p> <p>Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8, 9, 10, 21, 23 fracción I y 26.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción I y V.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 fracción III.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, fracción V y XXIV.</p> <p>Plan Municipal de Desarrollo 2014-2018, Eje 1, programa 3.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60, Fracción I.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Toda persona que solicite el servicio del Departamento será atendido, cubriendo estándares de calidad con profesionalismo, respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente y clara con apoyos de comunicación. 2. Otorgar los servicios de rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente, previa valoración del especialista indicado para su valoración. 3. El usuario debe cubrir la cuota de recuperación establecida para su valoración |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>y presentarse el día y la hora indicada, de lo contrario, perderá su pago y tendrá que volver a realizar dicho trámite.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. El especialista, con base a su valoración, determinará cuál es el área correspondiente para otorgar el tratamiento adecuado para facilitar el alcance de un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que le permita optimizar sus funciones. Las áreas a las cuales pueden ser canalizados para rehabilitación, son las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a. Equinoterapia. b. Mecanoterapia. c. Hidroterapia. d. Electroterapia. e. Terapia de lenguaje. f. Terapia ocupacional. g. Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS). 5. Documentos solicitados (2 juegos de copias): <ol style="list-style-type: none"> a. Acta de nacimiento del usuario. b. CURP del usuario. c. Credencial de Elector alguna identificación oficial vigente, en caso de ser menor de edad, presentar la del padre o tutor. d. Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad) 6. El usuario debe comprometerse a asistir a sus terapias, en la fecha y hora asignada. 7. El estudio socioeconómico determina el costo que se le asignará al usuario para el pago de su terapia. 8. En caso de que el usuario solicite un justificante de ausencia escolar o laboral, lo deberá solicitar a la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación para su expedición. 9. Para realizar el diagnóstico en Neuropsicología, se requiere de hasta 3 sesiones, las cuales se tendrá acceso a ellas con un solo pago de consulta. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 10 días bajo demanda. |

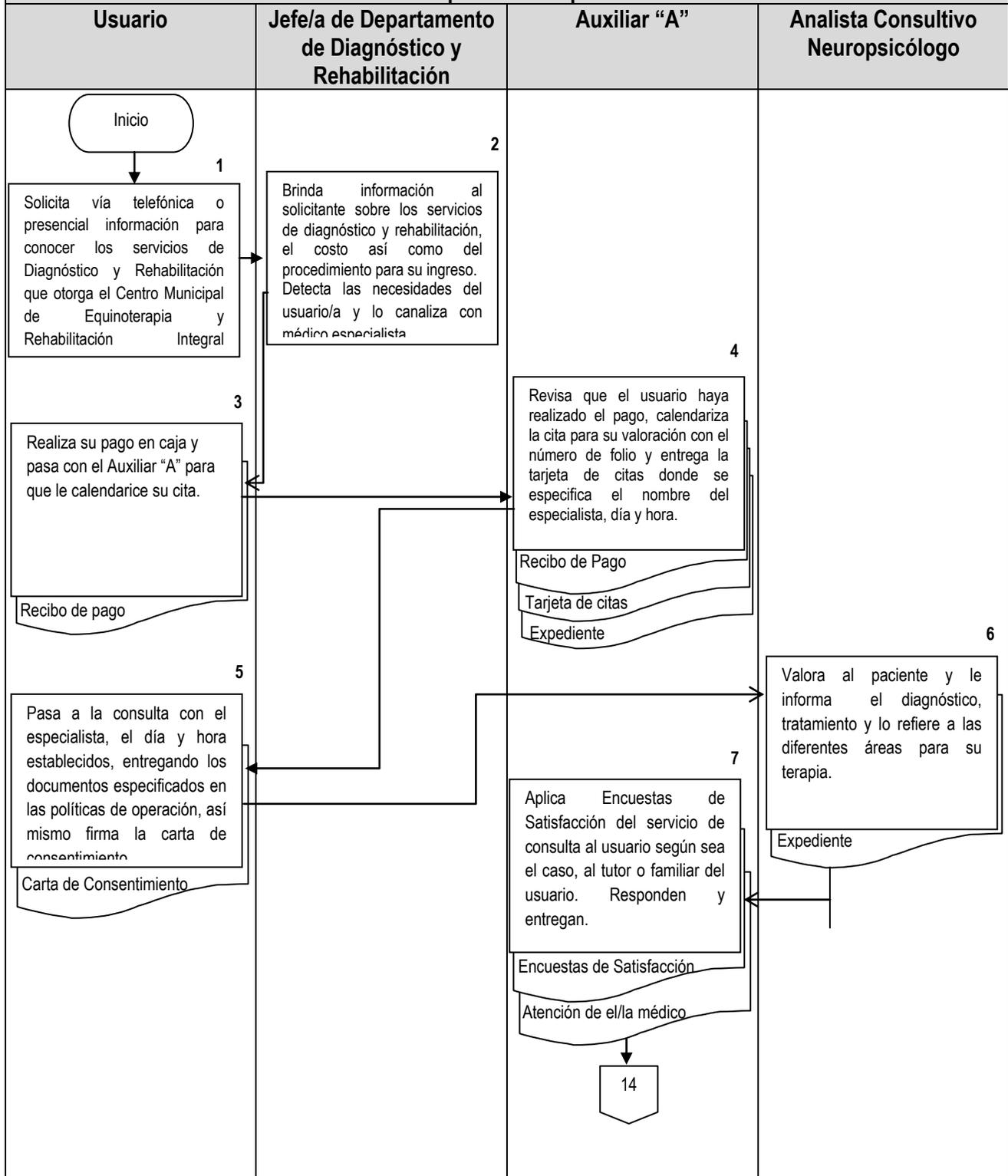
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

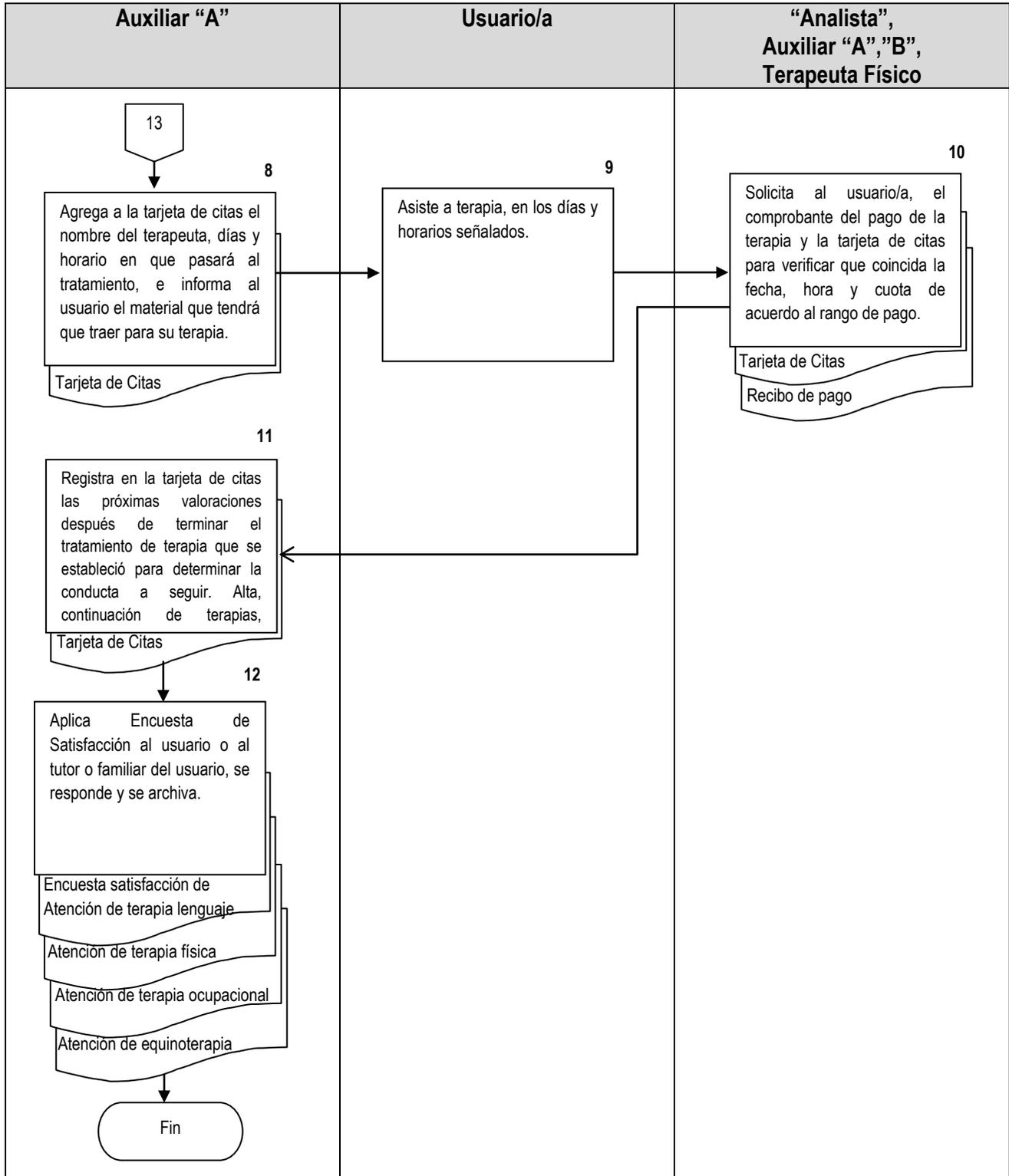
| Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad Temporal o Permanente | | | | |
|--|------------|--|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita vía telefónica o presencial información para conocer los servicios de Diagnóstico y Rehabilitación que otorga el Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral (CMERI.) | | |
| Jefe/a de Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación | 2 | Brinda información al solicitante sobre los servicios de diagnóstico y rehabilitación, el costo así como del procedimiento para su ingreso. Detecta las necesidades del usuario/a y lo canaliza con médico especialista. De no requerir de los servicios del Centro, se canaliza al solicitante a la Institución indicada. Termina proceso. | | |
| Usuario/a | 3 | Realiza su pago en caja y pasa con el Auxiliar "A" para que le calendarice su cita. | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Auxiliar "A" | 4 | Revisa que el usuario/a haya realizado el pago, calendariza la cita para su valoración con el número de folio y entrega la tarjeta de citas donde se especifica el nombre del especialista, día y hora. Informa al usuario/a los documentos personales que debe traer para la conformación de su expediente, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • CURP • Credencial de elector o alguna identificación oficial vigente, en caso de ser menor de edad presentar la del padre o tutor • Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad) | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Expediente | Originales |

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|------------------------------------|-----|---|--|------------|
| Usuario/a | 5 | Pasa a consulta con el especialista, el día y hora establecidos, entregando los documentos especificados en las políticas de operación, así mismo firma la carta de consentimiento. | Carta de consentimiento FORM.1087/ SMDIF/0715 | Original |
| Analista Consultivo Neuropsicólogo | 6 | Valora al paciente y le informa el diagnóstico, tratamiento y lo refiere a las diferentes áreas para su terapia. Terapia de lenguaje Terapia Ocupacional Terapia Física Equinoterapia | Expediente | Original |
| Auxiliar "A" | 7 | Aplica encuestas de satisfacción del servicio de consulta al usuario/a según sea el caso, al tutor o familiar del usuario. Responden y entregan. | Encuestas de Satisfacción Atención de la neuropsicóloga/o FORM.1368/ SMDIF/0316/ Atención de el /la Médico en rehabilitación FORM.1369/ SMDIF/0316/ | Originales |
| | 8 | Agrega a la tarjeta de citas el nombre del terapeuta, días y horario en que pasará al tratamiento, e informa al usuario el material que tendrá que traer para su terapia. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Usuario/a | 9 | Asiste a terapia, en los días y horarios señalados. | | |

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|---|------------|--|---|-------------------|
| "Analista", Auxiliar "A", "B", Terapeuta Físico | 10 | Solicita al usuario/a, el comprobante del pago de la terapia y la tarjeta de citas para verificar que coincida la fecha, hora y cuota de acuerdo al rango de pago. Ejecuta la terapia de acuerdo a las instrucciones del especialista hasta finalizar el tratamiento. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago REF.551-B/ SMDIF/0916 | Original Copia |
| Auxiliar "A" | 11 | Registra en la tarjeta de citas las próximas valoraciones después de terminar el tratamiento de terapia que se estableció para determinar la conducta a seguir. Alta, continuación de terapias, canalización a otros servicios. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Auxiliar "A" | 12 | Aplica encuesta de satisfacción al usuario/a o al tutor o familiar, se responde y se archiva. Termina procedimiento. | Encuestas de Satisfacción Atención de terapia de lenguaje FORM.1370/ SMDIF/0316/ Atención de terapia física FORM.1371/ SMDIF/0316/ Atención de terapia ocupacional FORM.1372/ SMDIF/0316/ Atención de Equinoterapia FORM.1373/ SMDIF/0316 | Original |

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad Temporal o Permanente







PUEBLA Ciudad de Progreso **DIF** MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
Departamento de Rehabilitación Integral

TARJETA DE CITAS

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

**SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y GRUPOS VULNERABLES**

Av. Prolongación 11 Sur s/n, Col. Agua Santa. Puebla, Puebla
Teléfono: 241 16 36 y 129 41 72

SMDIFPue en Redes Sociales 

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

FORM.1074/SMDIF/0715

| SERVICIOS | NOMBRE | FECHA | HORA | FECHA | HORA | FECHA | HORA |
|---------------------|-----------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| CONSULTA | Rehabilitación | | | | | | |
| | Neuropsicología | | | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | |
| CEMS | | | | | | | |
| TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | |
| TERAPIA FÍSICA | Estimulación temprana | | | | | | |
| | Mecanoterapia | | | | | | |
| | Electroterapia | | | | | | |
| | Termoterapia | | | | | | |
| Hidroterapia | | | | | | | |
| EQUINOTERAPIA | | | | | | | |
| UTEPD | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

- Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
- Acudir puntualmente a la cita indicada en la tarjeta.
- Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
- Cuide esta tarjeta y consérvela en las mejores condiciones.
- Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones señaladas por el personal de este centro.
- La instrucción no se hace responsable por objetos olvidados en el área.
- Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
FORM.1074/SMDIF/0715

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE TARJETA DE CITAS

1. Nombre completo de la persona que se va prestar el servicio
2. Edad de la persona que se va prestar el servicio
3. Número de expediente de la persona que se va prestar el servicio
4. Rango de la persona que se va prestar el servicio
5. Fecha de prestación del servicio a la persona que se le va a prestar el servicio
6. Localidad de la persona que se le va a prestar el servicio
7. Especifique el servicio a prestar sea Rehabilitación, Neuropsicología terapia ocupacional, CEMS, terapia de lenguaje, estimulación temprano, mecanoterapia, electroterapia, termoterapia, hidroterapia, equino terapia, UTEPD al paciente así como su nombre completo.
8. Especifique la fecha y hora que se programaron los servicios al paciente
9. Especifique las observaciones del servicio que se le presta a la persona que lo solicita
10. Especifique la firma de consentimiento






**Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación**

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sucesos Coligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Encuesta de Satisfacción (atención de/a neuropsicólogo/a)

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando el servicio al usuario, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión.

Por favor, califique marcando la opción del 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.

| OPCIONES | | | | | |
|----------|-----------------------|--|--|--|--|
| 5 | Muy Satisfecho | | | | |
| 4 | Mediamente Satisfecho | | | | |
| 3 | Satisfecho | | | | |
| 2 | Poco Satisfecho | | | | |
| 1 | Nada Satisfecho | | | | |

| ATENCIÓN AL USUARIO | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

| ATENCIÓN DE LA NEUROPSICOLOGA | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Fecha: _____

FORM.1368/SMDIF/0316

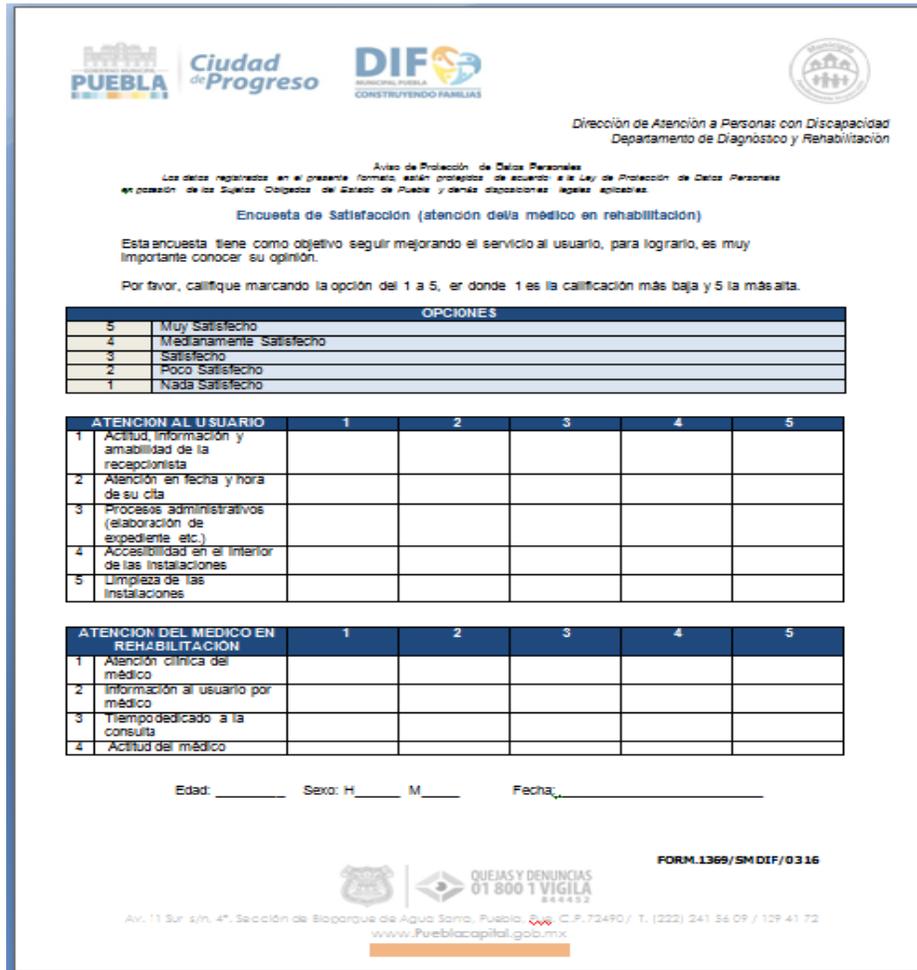



**QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
811112**

Av. 11 Sur, km. 47, Sección de Boquerón de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 84 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ENCUESTA DE SATISFACCION ATENCIÓN DE/LA NEUROPSICOLOGO/A

| |
|--|
| 1. Marque por favor el nivel de satisfacción donde 1 es la calificación más baja y 5 es la calificación más alta |
| 2. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en actitud, información, amabilidad de la recepcionista |
| 3. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en atención y fecha de su cita |
| 4. Nivel de satisfacción en Atención al usuario procesos administrativos (elaboración de expedientes) |
| 5. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en accesibilidad a las instalaciones |
| 6. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la limpieza de las instalaciones |
| 7. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la atención clínica de la Neuropsicólogo |
| 8. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en el nivel de información prestada por parte del neuropsicologo |
| 9. Nivel de satisfacción en Atención al usuario del tiempo dedicado a la consulta |
| 10. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la Actitud de la Neuropsicólogo |
| 11. Mencione la edad del paciente su sexo, y fecha de atención del Neuropsicólogo |



Encuesta de Satisfacción (atención de/la médico en rehabilitación)

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando el servicio al usuario, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión.

Por favor, califique marcando la opción del 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.

| OPCIONES | |
|----------|-----------------------|
| 5 | Muy Satisfecho |
| 4 | Mediamente Satisfecho |
| 3 | Satisfecho |
| 2 | Poco Satisfecho |
| 1 | Nada Satisfecho |

| ATENCIÓN AL USUARIO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Actitud, información y amabilidad de la recepcionista | | | | | |
| 2 | Atención en fecha y hora de su cita | | | | | |
| 3 | Procesos administrativos (elaboración de expediente etc.) | | | | | |
| 4 | Accesibilidad en el interior de las instalaciones | | | | | |
| 5 | Limpieza de las instalaciones | | | | | |

| ATENCIÓN DEL MEDICO EN REHABILITACION | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Atención clínica de médico | | | | | |
| 2 | Información al usuario por médico | | | | | |
| 3 | Tiempo dedicado a la consulta | | | | | |
| 4 | Actitud del médico | | | | | |

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Fecha: _____

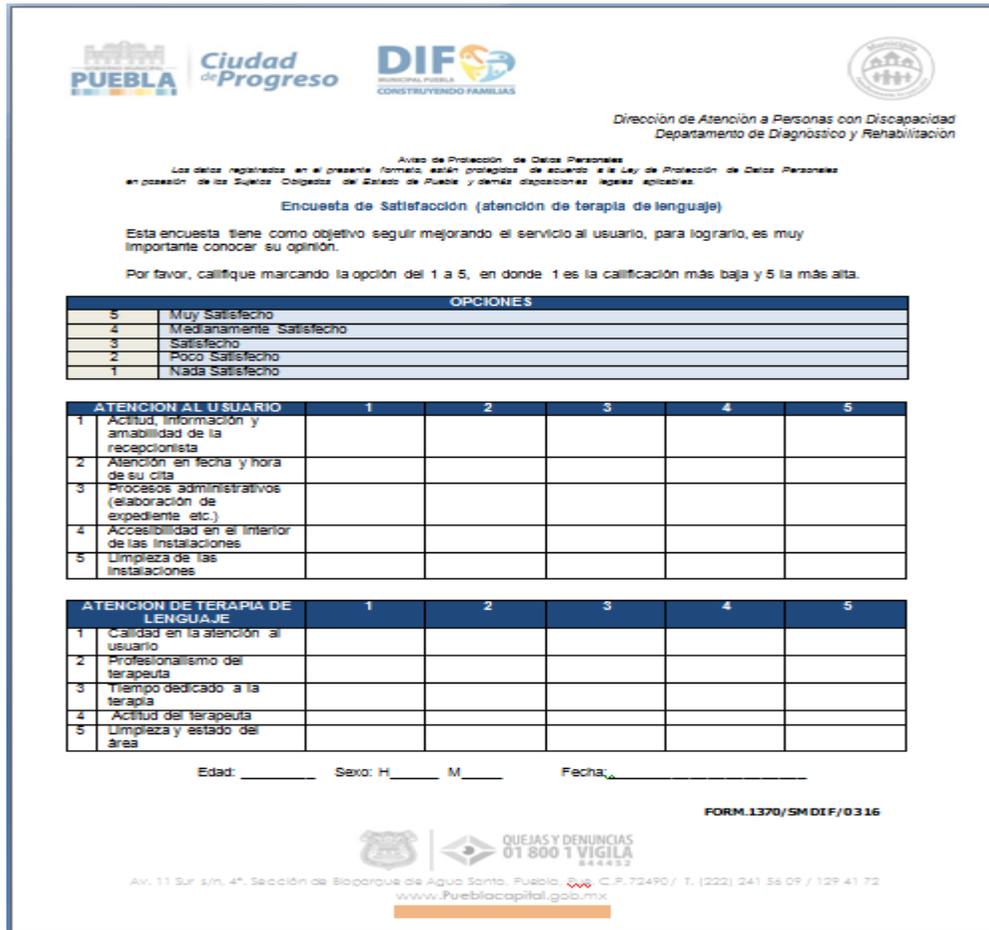
FORM.1369/SM DIF/0316

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

Av. 11 Sur s/n. 4^a Sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 36 09 / 109 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE/LA MEDICO DE REHABILITACION

1. Marque por favor el nivel de satisfacción donde 1 es la calificación más baja y 5 es la calificación más alta
2. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en actitud, información, amabilidad de la recepcionista
3. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en atención y fecha de su cita
4. Nivel de satisfacción en Atención al usuario procesos administrativos (elaboración de expedientes)
5. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en accesibilidad a las instalaciones
6. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la limpieza de las instalaciones
7. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la atención clínica de/la médico/a
8. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en el nivel de información prestada por parte de/la médico/a
9. Nivel de satisfacción en Atención al usuario del tiempo dedicado a la consulta
10. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la Actitud de/la médico/a
11. Mencione la edad del paciente su sexo, y fecha de atención de/la médico/a



PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de la Secretaría del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Encuesta de Satisfacción (atención de terapia de lenguaje)

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando el servicio al usuario, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión.

Por favor, califique marcando la opción del 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.

| OPCIONES | |
|----------|-------------------------|
| 5 | Muy Satisfecho |
| 4 | Medianamente Satisfecho |
| 3 | Satisfecho |
| 2 | Poco Satisfecho |
| 1 | Nada Satisfecho |

| ATENCIÓN AL USUARIO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Actitud, información y amabilidad de la recepcionista | | | | | |
| 2 | Atención en fecha y hora de su cita | | | | | |
| 3 | Procesos administrativos (elaboración de expediente, etc.) | | | | | |
| 4 | Accesibilidad en el interior de las instalaciones | | | | | |
| 5 | Limpieza de las instalaciones | | | | | |

| ATENCIÓN DE TERAPIA DE LENGUAJE | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Calidad en la atención al usuario | | | | | |
| 2 | Profesionalismo del terapeuta | | | | | |
| 3 | Tiempo dedicado a la terapia | | | | | |
| 4 | Actitud del terapeuta | | | | | |
| 5 | Limpieza y estado del área | | | | | |

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Fecha: _____

FORM.1370/SMDIF/0316

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
24 HRS

Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bosque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE/LA ATENCIÓN DE TERAPIA DE LENGUAJE

- | |
|--|
| 1. Marque por favor el nivel de satisfacción donde 1 es la calificación más baja y 5 es la calificación más alta |
| 2. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en actitud, información, amabilidad de la recepcionista |
| 3. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en atención y fecha de su cita |
| 4. Nivel de satisfacción en Atención al usuario procesos administrativos (elaboración de expedientes) |
| 5. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en accesibilidad a las instalaciones |
| 6. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la limpieza de las instalaciones |
| 7. Mencione la edad del paciente su sexo, y fecha de atención de/la médico/a |





Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, serán protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Encuesta de Satisfacción (atención de terapia física)

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando el servicio al usuario, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión.

Por favor, califique marcando la opción del 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.

| OPCIONES | |
|----------|-------------------------|
| 5 | Muy Satisfecho |
| 4 | Medianamente Satisfecho |
| 3 | Satisfecho |
| 2 | Poco Satisfecho |
| 1 | Nada Satisfecho |

| ATENCIÓN AL USUARIO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

| ATENCIÓN DE TERAPIA FÍSICA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Fecha: _____

FORM.1371/SMDIF/0316



Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Sanitización de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE/LA ATENCIÓN DE TERAPIA FISICA

- | |
|--|
| 1. Marque por favor el nivel de satisfacción donde 1 es la calificación más baja y 5 es la calificación más alta |
| 2. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en actitud, información, amabilidad de la recepcionista |
| 3. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en atención y fecha de su cita |
| 4. Nivel de satisfacción en Atención al usuario procesos administrativos (elaboración de expedientes) |
| 5. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en accesibilidad a las instalaciones |
| 6. Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la limpieza de las instalaciones |
| 7. Mencione la edad del paciente su sexo, y fecha de atención de/la médico/a |





Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Encuesta de satisfacción (atención de terapia ocupacional)

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando el servicio al usuario, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión.

Por favor, califique marcando la opción del 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.

| OPCIONES | |
|----------|-----------------------|
| 5 | Muy Satisfecho |
| 4 | Mediamente Satisfecho |
| 3 | Satisfecho |
| 2 | Poco Satisfecho |
| 1 | Nada Satisfecho |

| ATENCIÓN AL USUARIO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Actitud, información y amabilidad de la recepcionista | | | | | |
| 2 | Atención en fecha y hora de su cita | | | | | |
| 3 | Procesos administrativos (elaboración de expediente etc.) | | | | | |
| 4 | Accesibilidad en el interior de las instalaciones | | | | | |
| 5 | Limpeza de las instalaciones | | | | | |

| ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Calidad en la atención al usuario | | | | | |
| 2 | Profesionalismo del terapeuta | | | | | |
| 3 | Tiempo dedicado a la terapia | | | | | |
| 4 | Actitud del terapeuta | | | | | |
| 5 | Limpeza y estado del área | | | | | |

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Fecha: _____



FORM.1372/SMDIF/0316

Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bosque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE/LA ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

- | | |
|----|---|
| 1. | Marque por favor el nivel de satisfacción donde 1 es la calificación más baja y 5 es la calificación más alta |
| 2. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en actitud, información, amabilidad de la recepcionista |
| 3. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en atención y fecha de su cita |
| 4. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario procesos administrativos (elaboración de expedientes) |
| 5. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en accesibilidad a las instalaciones |
| 6. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la limpieza de las instalaciones |
| 7. | Mencione la edad del paciente su sexo, y fecha de atención de/la médico/a |



**Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación**

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Encuesta de Satisfacción (atención de equinoterapia)

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando el servicio al usuario, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión.

Por favor, califique marcando la opción del 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.

| OPCIONES | |
|----------|-------------------------|
| 5 | Muy Satisfecho |
| 4 | Medianamente Satisfecho |
| 3 | Satisfecho |
| 2 | Poco Satisfecho |
| 1 | Nada Satisfecho |

| ATENCIÓN AL USUARIO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Actitud, información y amabilidad de la recepcionista | | | | | |
| 2 | Atención en fecha y hora de su cita | | | | | |
| 3 | Procesos administrativos (elaboración de expediente, etc.) | | | | | |
| 4 | Accesibilidad en el interior de las instalaciones | | | | | |
| 5 | Limpeza de las instalaciones | | | | | |

| ATENCIÓN DE EQUINOTERAPIA | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Calidad en la atención al usuario | | | | | |
| 2 | Profesionalismo del terapeuta | | | | | |
| 3 | Tiempo dedicado a la terapia | | | | | |
| 4 | Actitud del terapeuta | | | | | |
| 5 | Limpeza y estado del área | | | | | |

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Fecha: _____

FORM.1373/SM DIF/0316



**QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452**

Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE/LA ATENCIÓN
DE TERAPIA DE EQUINOTERAPIA**

- | | |
|----|---|
| 1. | Marque por favor el nivel de satisfacción donde 1 es la calificación más baja y 5 es la calificación más alta |
| 2. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en actitud, información, amabilidad de la recepcionista |
| 3. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en atención y fecha de su cita |
| 4. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario procesos administrativos (elaboración de expedientes) |
| 5. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en accesibilidad a las instalaciones |
| 6. | Nivel de satisfacción en Atención al usuario en la limpieza de las instalaciones |
| 7. | Mencione la edad del paciente su sexo, y fecha de atención de/la médico/a |




Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
Departamento de Rehabilitación Integral

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Por este concludo **DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio que el médico indique, correspondiente a mi padecimiento. También doy mi consentimiento para recibir la explicación del padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia, así como del tratamiento rehabilitatorio. Además, autorizo al personal del Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral (CMERI) para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

Me comprometo a **RESPETAR** las citas que me otorgue el personal del SMDIF, presentarme con la tarjeta de citas vigente y acudir a todos los servicios a donde sea canalizado. Así mismo tengo el derecho de acudir previa cita con mi médico responsable en el CMERI, para que aclare mis dudas en el consultorio y horario indicado.

| Paciente | |
|----------------------|-------------------|
| Nombre del paciente: | |
| Diagnóstico: | |
| Edad: | Sexo: M () F () |
| Domicilio: | |
| Colonia: | C.P.: |
| Teléfono: | |

| Médico especialista () / Neuropsicólogo () | |
|--|--|
| Nombre: | |
| Cédula profesional: | |

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a ____ de _____ de 201__.

Firma del médico/neuropsicólogo _____ Firma del paciente _____

FORM.1087/SMDIF/0715





Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue, C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / (29 41 72) www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

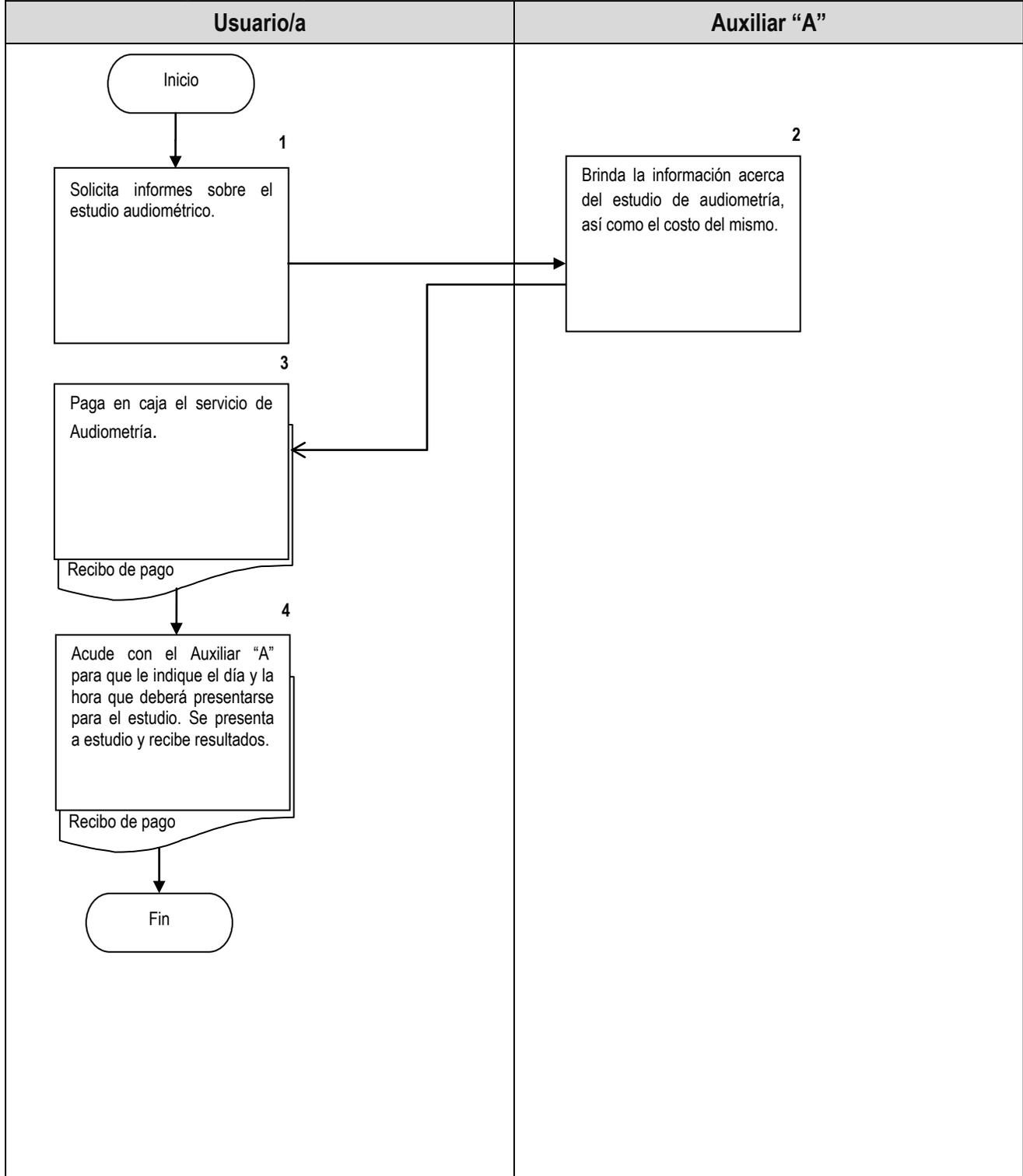
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para realizar estudios de audiometrías. |
| Objetivo: | Proporcionar una atención de excelencia a todas personas que solicitan el servicio de audiometría. |
| Fundamento Legal: | <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo, 4 tercer párrafo.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24 167 y 168 fracción I.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracción V.</p> <p>Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8 y 9.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracciones I y V.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 fracción III.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Plan Municipal de Desarrollo 2014-2018, Eje 1 programa 3.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60 Fracción IV.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las Audiometrías se realizan únicamente un día a la semana. 2. Toda persona que solicite el servicio será atendido cubriendo estándares de calidad como profesionalismo, respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente y clara con apoyos de comunicación. 3. En caso de que el usuario/a solicite un justificante de ausencia escolar o laboral, lo deberá solicitar a la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación para su expedición. 4. La audiometría será realizada por el especialista Audiometrista contratado por asimilable responsable de realizar consulta, estudio y diagnóstico. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 30 minutos. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para realizar estudios de audiometrías | | | | |
|--|------------|--|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita informes sobre el estudio audiométrico. | | |
| Auxiliar "A" | 2 | Brinda la información acerca del estudio de audiometría, así como el costo del mismo. | | |
| Usuario/a | 3 | Paga en caja el servicio de Audiometría. | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| | 4 | Acude con el Auxiliar "A" para que le indique el día y la hora que deberá presentarse para el estudio. Se presenta a estudio y recibe resultados. Termina procedimiento. | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |

Diagrama de flujo del Procedimiento para realizar estudios de audiometrías



EXAMEN AUDIOMETRICO FECHA: _____

Nombre del Médico: _____

| | | | |
|----------|------------------------------------|------------|--|
| Método | Enmascarado Si/No <u>R. Blanco</u> | Nombre | |
| V. Aérea | | Edad | |
| V. Ósea | | Equipo | |
| | | Examinador | |

Sexo: M () F ()

Nivel de Ruido: _____ dB Tiempo: _____

Colaboración: S-R-U

OIDO DERECHO

OIDO IZQUIERDO

LOGOUDIOMETRIA

Voz Viva

Voz grabada

Silábicos

Monosilábicos

Frases

Números

Otros

CARHART: ADAPTACION DE AUXILIAR AUDITIVO

INTERPRETACION:

FORM.923/SMDIF/0215
QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

Av. 11 Sur s/n. 4.ª sección de Burebute, de Agua Santa, Puebla, Pue., C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

1. → Fecha que se va prestar el servicio
2. → Especifique el nombre del médico que va prestar el servicio
3. → Especifique el método a seguir para prestar el servicio
4. → Especifique Enmascarado Si/No R. Blanco para prestar el servicio
5. → Especifique el V. Aérea de servicio que se le va a presta a la persona que lo solicita
6. → Especifique el V. Ósea de servicio que se le va a presta a la persona que lo solicita
7. → Nombre completo de la persona que se le va a prestar el servicio
8. → Edad de la persona que se le va a prestar el servicio
9. → Sexo de la persona que se le va a prestar el servicio
10. → Equipo a utilizar para la persona que se le va a prestar el servicio
11. → Especifique el nivel de ruido que escucha la persona que se le va a prestar el servicio
12. → Especifique el tiempo que se le otorga el servicio al paciente que lo solicita
13. → Especifique el examinador que se encarga de prestar el servicio

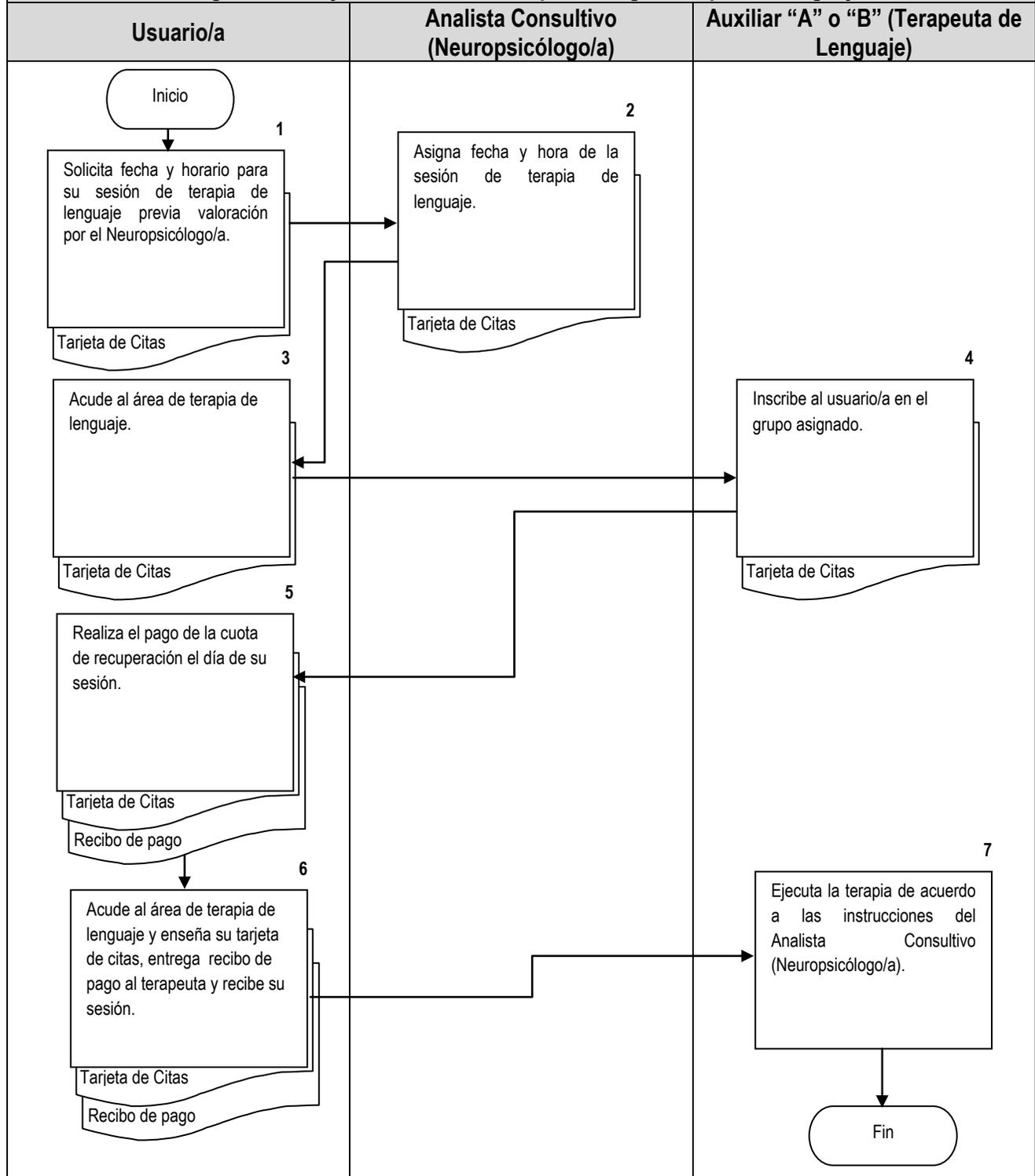
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para otorgar servicios de Terapia de Lenguaje. |
| Objetivo: | Proporcionar una atención de excelencia a todas personas que solicitan el servicio de Terapia de Lenguaje. |
| Fundamento Legal: | <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24 167 y 168 fracción I.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracción V y VII.</p> <p>Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículo 8 y 9.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículos 2 Fracción I y V.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículos 37, Fracción V y XXIV.</p> <p>Plan Municipal de Desarrollo 2014-2018, Eje 1 programa 3.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60 Fracción II.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las sesiones de Terapia de Lenguaje se otorgan de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 hrs. 2. Para recibir el servicio es necesario cubrir con la cuota de recuperación 3. Toda persona que solicite el servicio del área será atendido cubriendo estándares de calidad como el respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente. 4. El trámite requiere la asistencia presencial del tutor o del solicitante. 5. Documentos solicitados: <ol style="list-style-type: none"> a) Tarjeta de Citas |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 8 días. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de Terapia de Lenguaje | | | | |
|---|------------|---|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita fecha y horario para su sesión de terapia de lenguaje previa valoración por el Neuropsicólogo/a. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Analista Consultivo (Neuropsicólogo/a) | 2 | Asigna fecha y hora de la sesión de terapia de lenguaje. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Usuario/a | 3 | Acude al área de terapia de lenguaje | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Auxiliar "A" o "B" (Terapeuta de Lenguaje) | 4 | Inscribe al usuario/a en el grupo asignado | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | |
| Usuario/a | 5 | Realiza el pago de la cuota de recuperación el día de su sesión | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Originales |
| | 6 | Acude al área de terapia de lenguaje y enseña su tarjeta de citas, entrega recibo de pago al terapeuta y recibe su sesión | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Auxiliar "A" o "B" (Terapeuta de Lenguaje) | 7 | Ejecuta la terapia de acuerdo a las instrucciones del Analista Consultivo (Neuropsicólogo/a). Termina procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar Terapia de Lenguaje





PUEBLA Ciudad de Progreso

DIF MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
Departamento de Rehabilitación Integral

TARJETA DE CITAS

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

**SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y GRUPOS VULNERABLES**

Av. Prolongación 11 Sur s/n, Col. Agua Santa. Puebla, Puebla
Teléfono: 241 16 36 y 129 41 72

SMDIFPue en Redes Sociales 

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

FORM.1074/SMDIF/0715

Nombre: _____
Edad: _____
No. Exp: _____
Rango: _____
Fecha: _____
Localidad: _____

| | SERVICIOS | NOMBRE | FECHA | HORA | FECHA | HORA | FECHA | HORA |
|---------------------|-----------------------|--------|-------|------|-------|------|-------|------|
| CONSULTA | Rehabilitación | | | | | | | |
| | Neuropsicología | | | | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | | |
| CEMS | | | | | | | | |
| TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | | |
| TERAPIA FISICA | Estimulación temprana | | | | | | | |
| | Mecanoterapia | | | | | | | |
| | Electroterapia | | | | | | | |
| | Termoterapia | | | | | | | |
| | Hidroterapia | | | | | | | |
| EQUINOTERAPIA | | | | | | | | |
| UTEPD | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

1. Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
2. Acudir puntualmente a la cita indicada el día y la hora señalada en la tarjeta.
3. Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
4. Cuide esta tarjeta y consérvela en las mejores condiciones.

5. Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones señaladas por el personal de este centro.
6. La Institución no se hace responsable por objetos olvidados en el área.
7. Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
FORM.1074/SMDIF/0715

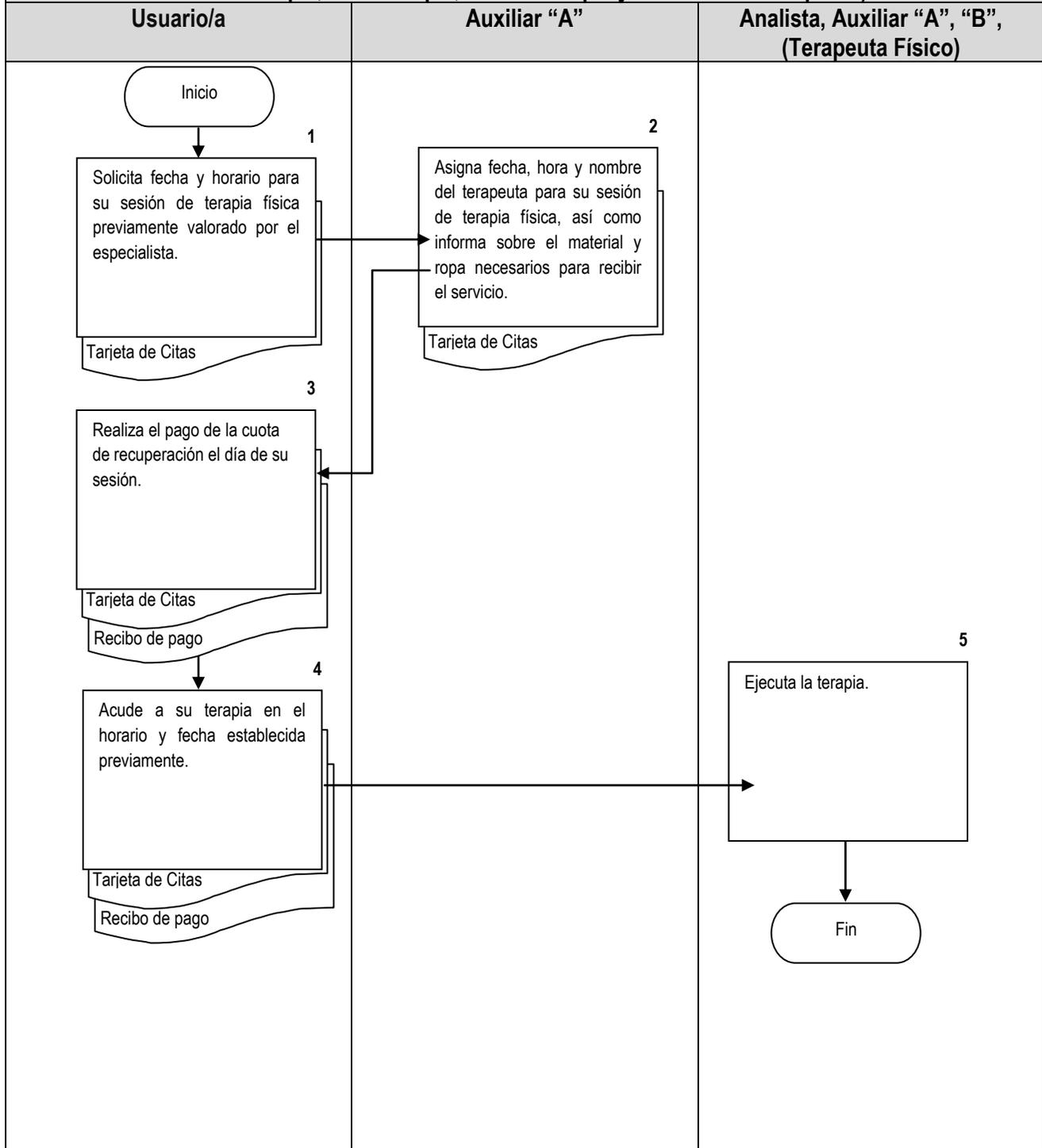
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Física (hidroterapia, electroterapia, termoterapia, mecanoterapia y estimulación temprana). |
| Objetivo: | Proporcionar una atención de excelencia a todas personas que solicitan el servicio de Terapia Física. |
| Fundamento Legal: | <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24 167 y 168 fracción I.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracciones V y VII.</p> <p>Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8 y 9.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracciones I y V.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, artículos 1, 4, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículos 37, Fracción V y XXIV.</p> <p>Plan Municipal de Desarrollo 2014-2018.Eje 1, programa 3.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60 Fracción II.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las sesiones de Terapia de Lenguaje se otorgan de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 hrs 2. Para recibir el servicio es necesario cubrir con la cuota de recuperación 3. Toda persona que solicite el servicio del área será atendido cubriendo estándares de calidad como el respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente. 4. El trámite requiere la asistencia presencial del tutor o del solicitante. 5. Documentos solicitados: <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de Citas |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 8 días. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de Terapia Física. (Hidroterapia, electroterapia, termoterapia, mecanoterapia y estimulación temprana). | | | | |
|--|------------|--|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita fecha y horario para su sesión de terapia física previamente valorado por el especialista. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Auxiliar "A" | 2 | Asigna fecha, hora y nombre del terapeuta para su sesión de terapia física, así como informa sobre el material y ropa necesarios para recibir el servicio. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Usuario/a | 3 | Realiza el pago de la cuota de recuperación el día de su sesión. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| | 4 | Acude a su terapia en el horario y fecha establecida previamente. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Analista, Auxiliar "A", "B", (Terapeuta Físico) | 5 | Ejecuta la terapia. Termina el procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Física. (hidroterapia, electroterapia, termoterapia, mecanoterapia y estimulación temprana)






Ciudad de Progreso

 Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
 Departamento de Rehabilitación Integral
TARJETA DE CITAS
 Nombre: _____
 Edad: _____
 No. Exp: _____
 Rango: _____
 Fecha: _____
 Localidad: _____
 QUEJAS Y DENUNCIAS
 01 800 1 VIGILA
 844452
**SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
 A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 Y GRUPOS VULNERABLES**
 Av. Prolongación 11 Sur s/n, Col. Agua Santa. Puebla, Puebla
 Teléfono: 241 16 36 y 129 41 72
 SMDIFPue en Redes Sociales 
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx
 FORM.1074/SMDIF/0715

| SERVICIOS | NOMBRE | FECHA | HORA | FECHA | HORA | FECHA | HORA |
|---------------------|-----------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| CONSULTA | Rehabilitación | | | | | | |
| | Neuropsicología | | | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | |
| CEMS | | | | | | | |
| TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | |
| TERAPIA FISICA | Estimulación temprana | | | | | | |
| | Mecanoterapia | | | | | | |
| | Electroterapia | | | | | | |
| | Termoterapia | | | | | | |
| | Hidroterapia | | | | | | |
| EQUINOTERAPIA | | | | | | | |
| UTEPD | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

1. Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
2. Acudir puntualmente a la cita indicada el día y la hora señalada en la tarjeta.
3. Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
4. Cuide esta tarjeta y consérvela en las mejores condiciones.
5. Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones señaladas por el personal de este centro.
6. La Institución no se hace responsable por objetos olvidados en el área.
7. Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
FORM.1074/SMDIF/0715





Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

Avisos de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

| | | | |
|---------------------|---------------|----------|---|
| Recibo: | Fecha: / / | Folio: | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Recibimos de: | RFC: | | |
| Nombre de la calle: | No. Oficial: | | |
| Letra: | No. Interior: | Colonia: | C.P. |

Observaciones:

| Clave | Concepto | C.U. | Importe |
|-------|----------|-------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Total | |

R.F.C. SMD-930309-8U6
FORM.551-A SMDIF 0416

Avenida Cue Meño No. 201,
Col. San Balthazar Campeche C.P. 72550 /
T. (222) 2-14 00 00 al 35

www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE NOTAS

1. → Especifique el recibo de servicio que se le va a prestar a la persona que lo solicita
2. → Especifique el folio de servicio que se le va a prestar a la persona que lo solicita
3. → Fecha de prestación del servicio a la persona que se le va a prestar el servicio
4. → Nombre completo de la persona que se va a prestar el servicio
5. → RFC de la persona que se va a prestar el servicio
6. → Nombre de la calle de la persona que se va a prestar el servicio
7. → Numero oficial de la persona que se va a prestar el servicio
8. → Especifique la letra, numero interior, colonia, C.P de la persona que lo solicita el servicio
9. → Especifique las observaciones para presta el servicio al paciente
10. → Especifique la clave, concepto, C.U.E importe para presta el servicio al paciente
11. → Especifique el total del importe a pagar para presta el servicio al paciente

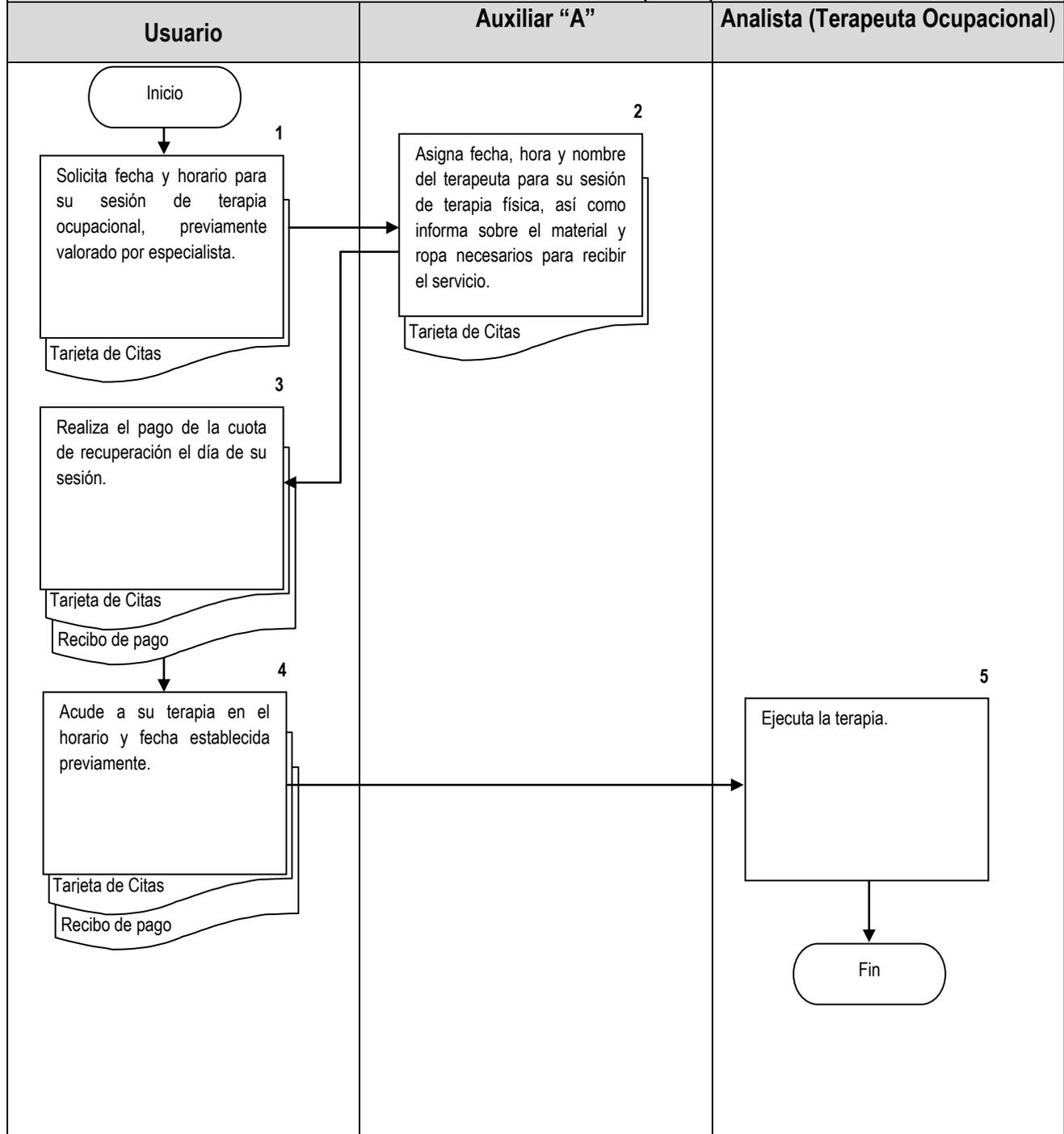
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Ocupacional y del Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS) |
| Objetivo: | Proporcionar una atención de excelencia a todas personas que solicitan el servicio de Terapia Ocupacional y del Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS). |
| Fundamento Legal: | <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24 167 y 168 fracción I.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracciones V y VII.</p> <p>Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8 y 9.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículos 2 Fracciones I y V.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, artículos 1, 4, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV.</p> <p>Plan Municipal de Desarrollo 2014-2018, Eje1, Programa 3.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60 Fracción II.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las sesiones de Terapia de Lenguaje se otorgan de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 hrs 2. Para recibir el servicio es necesario cubrir con la cuota de recuperación 3. Toda persona que solicite el servicio del área será atendido cubriendo estándares de calidad como el respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente. 4. El trámite requiere la asistencia presencial del tutor o del solicitante. 5. Documentos solicitados: <ol style="list-style-type: none"> a) Tarjeta de Citas |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 8 días. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de Terapia Ocupacional y del Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS) | | | | |
|--|------------|---|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita fecha y horario para su sesión de terapia ocupacional, previamente valorado por especialista. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Auxiliar "A" | 2 | Asigna fecha, hora y nombre del terapeuta para su sesión de terapia física, así como informa sobre el material y ropa necesarios para recibir el servicio | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Usuario/a | 3 | Realiza el pago de la cuota de recuperación el día de su sesión | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| | 4 | Acude a su terapia en el horario y fecha establecida previamente. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Analista (terapeuta ocupacional) | 5 | Ejecuta la terapia. Termina procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar servicios de Terapia Ocupacional y del Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS)





**Ciudad
de Progreso**



Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
Departamento de Rehabilitación Integral

TARJETA DE CITAS



**QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452**

**SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y GRUPOS VULNERABLES**

Av. Prolongación 11 Sur s/n, Col. Agua Santa, Puebla, Puebla
Teléfono: 241 16 36 y 129 41 72

SMDIFPue en Redes Sociales 

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Nombre: _____

Edad: _____

No. Exp: _____

Rango: _____

Fecha: _____

Localidad: _____



FORM.1074/SMDIF/0715

| SERVICIOS | | NOMBRE | FECHA | HORA | FECHA | HORA | FECHA | HORA |
|---------------------|-----------------------|--------|-------|------|-------|------|-------|------|
| CONSULTA | Rehabilitación | | | | | | | |
| | Neuropsicología | | | | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | | |
| CEMS | | | | | | | | |
| TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | | |
| TERAPIA FÍSICA | Estimulación temprana | | | | | | | |
| | Mecanoterapia | | | | | | | |
| | Electroterapia | | | | | | | |
| | Termoterapia | | | | | | | |
| | Hidroterapia | | | | | | | |
| EQUINOTERAPIA | | | | | | | | |
| UTEPD | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

1. Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
2. Acudir puntualmente a la cita indicada el día y la hora señalada en la tarjeta.
3. Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
4. Cuide esta tarjeta y consérvala en las mejores condiciones.

5. Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones señaladas por el personal de este centro.
6. La institución no se hace responsable por objetos olvidados en el área.
7. Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
FORM.1074/SMDIF/0715

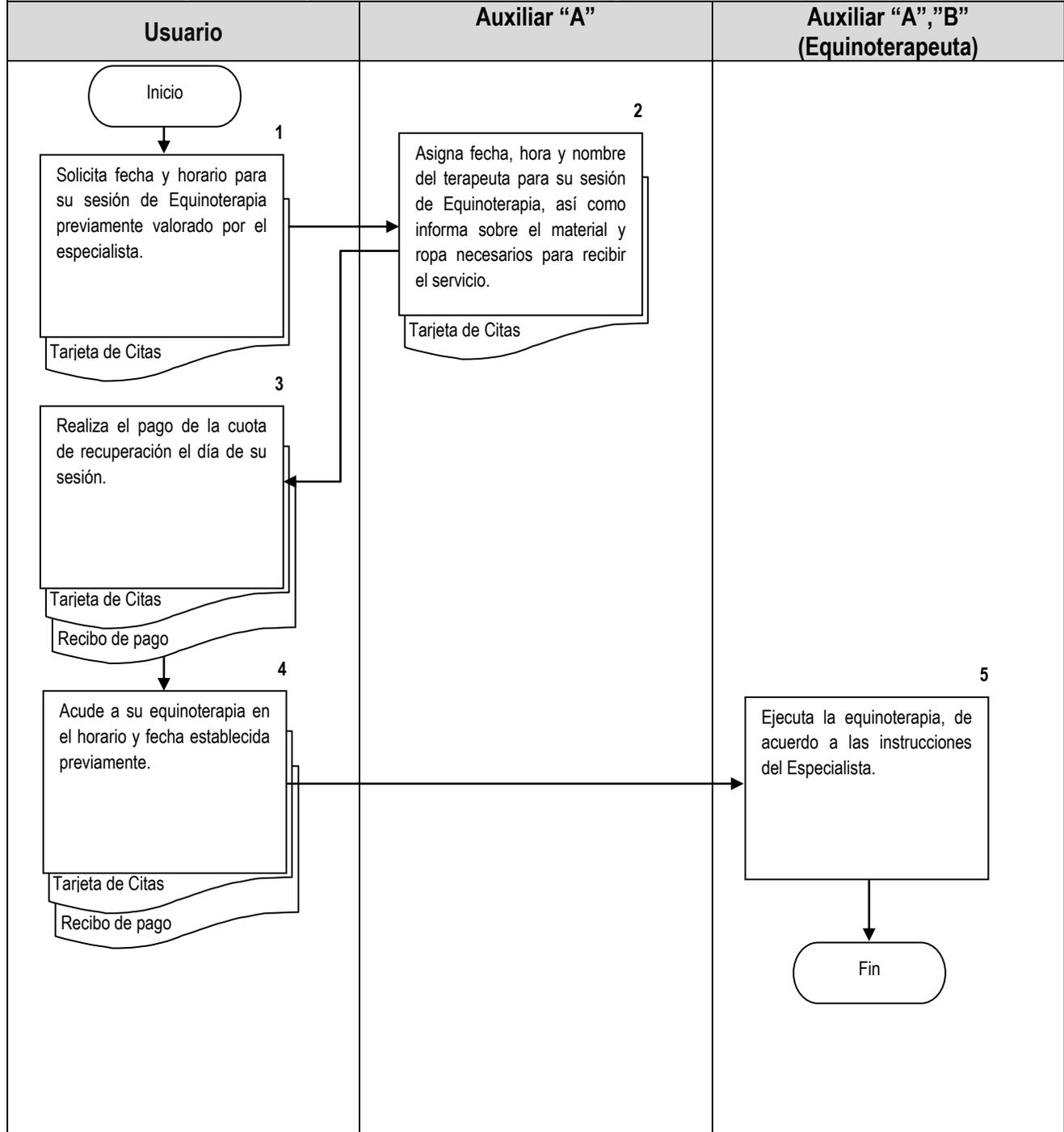
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para otorgar servicios de Equinoterapia. |
| Objetivo: | Proporcionar una atención de excelencia a todas personas que solicitan el servicio de Equinoterapia. |
| Fundamento Legal: | <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24 167 y 168 fracción I.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracciones V y VII.</p> <p>Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8 y 9.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículos 2 Fracciones I y V.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, artículos 1, 4, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV.</p> <p>Plan Municipal de Desarrollo 2014-2018, Eje1, Programa 3.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60 Fracción II.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las sesiones de Terapia de Lenguaje se otorgan de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 hrs. 2. Para recibir el servicio es necesario cubrir con la cuota de recuperación 3. Toda persona que solicite el servicio del área será atendido cubriendo estándares de calidad como el respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente. 4. El trámite requiere la asistencia presencial del tutor o del solicitante. 5. Documentos solicitados: <ol style="list-style-type: none"> b) Tarjeta de Citas |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 8 días. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de Equinoterapia | | | | |
|---|------------|---|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita fecha y horario para su sesión de Equinoterapia previamente valorado por el especialista. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Auxiliar "A" | 2 | Asigna fecha, hora y nombre del terapeuta para su sesión de Equinoterapia así como informa sobre el material y ropa necesarios para recibir el servicio | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 | Original |
| Usuario/a | 3 | Realiza el pago de la cuota de recuperación el día de su sesión | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| | 4 | Acude a su Equinoterapia en el horario y fecha establecida previamente. | Tarjeta de Citas FORM.1074/ SMDIF/0715 Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Auxiliar "A", "B" (Equinoterapeuta) | 5 | Ejecuta la Equinoterapia de acuerdo a las instrucciones del Especialista. Termina Procedimiento | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar servicios de Equinoterapia.





PUEBLA Ciudad de Progreso **DIF** MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
Departamento de Rehabilitación Integral

TARJETA DE CITAS

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

**SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y GRUPOS VULNERABLES**

Av. Prolongación 11 Sur s/n, Col. Agua Santa. Puebla, Puebla
Teléfono: 241 16 36 y 129 41 72

SMDIFPue en Redes Sociales 
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Nombre: _____
Edad: _____
No. Exp: _____
Rango: _____
Fecha: _____
Localidad: _____

FORM.1074/SMDIF/0715

| | SERVICIOS | NOMBRE | FECHA | HORA | FECHA | HORA | FECHA | HORA |
|---------------------|-----------------------|--------|-------|------|-------|------|-------|------|
| CONSULTA | Rehabilitación | | | | | | | |
| | Neuropsicología | | | | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | | |
| CEMS | | | | | | | | |
| TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | | |
| TERAPIA FISICA | Estimulación temprana | | | | | | | |
| | Mecanoterapia | | | | | | | |
| | Electroterapia | | | | | | | |
| | Termoterapia | | | | | | | |
| Hidroterapia | | | | | | | | |
| EQUINOTERAPIA | | | | | | | | |
| UTEPD | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

1. Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
2. Acudir puntualmente a la cita indicada en la tarjeta.
3. Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
4. Cuide esta tarjeta y consérvela en las mejores condiciones.

5. Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones señaladas por el personal de este centro.
6. La Institución no se hace responsable por objetos olvidados en el área.
7. Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
FORM.1074/SMDIF/0715

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

IV. DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL

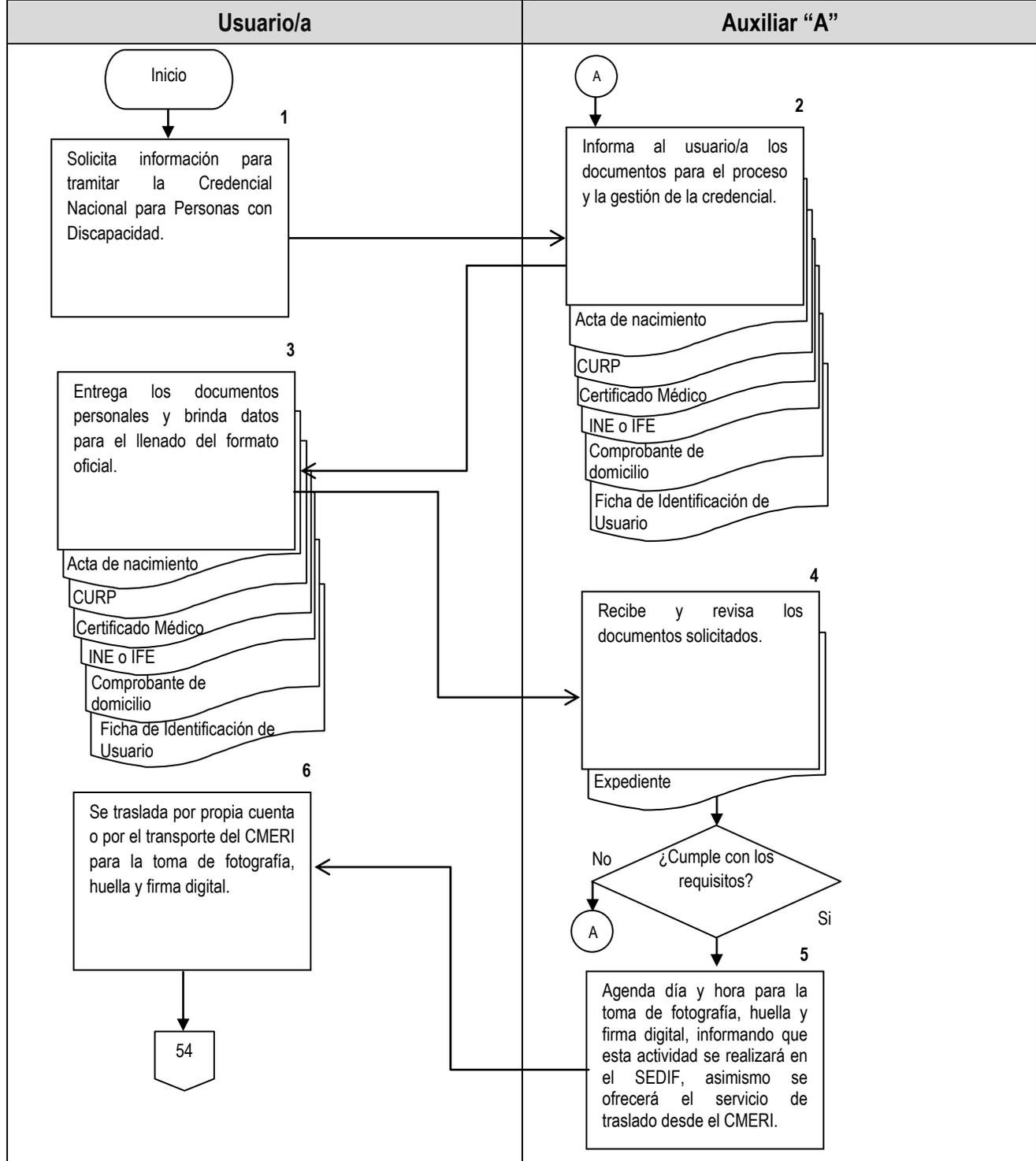
| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para la gestión y entrega de la Credencial Nacional de personas con discapacidad. |
| Objetivo: | Facilitar al usuario la gestión y entrega de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad misma que le permitirá acceder a beneficios. |
| Fundamento Legal: | <p>Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 61.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se brinda el servicio a personas con discapacidad radicadas en el Municipio de Puebla. 2. Toda persona que solicite el servicio, será atendido con calidad y calidez. 3. Los usuarios serán atendidos en los horarios establecidos del Departamento de Inclusión Social. 4. Se requiere la presencia del usuario para realizar el trámite. 5. La persona responsable de este informará al usuario los requisitos y el proceso para la gestión de la credencial. 6. Documentos solicitados del usuario: <ol style="list-style-type: none"> a. Acta de nacimiento (copia). b. CURP (copia). c. Certificado médico para personas con discapacidad expedido por el Sistema Municipal DIF o cualquier institución de salud pública, no mayor a 60 días de expedición (original y copia). d. Identificación oficial vigente (copia). En caso de ser menor de edad presentar copia de la identificación oficial del padre o tutor. e. Comprobante de domicilio, no mayor a 3 meses de antigüedad (copia) 7. El servicio es gratuito. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | Entre 7 y 15 días hábiles |

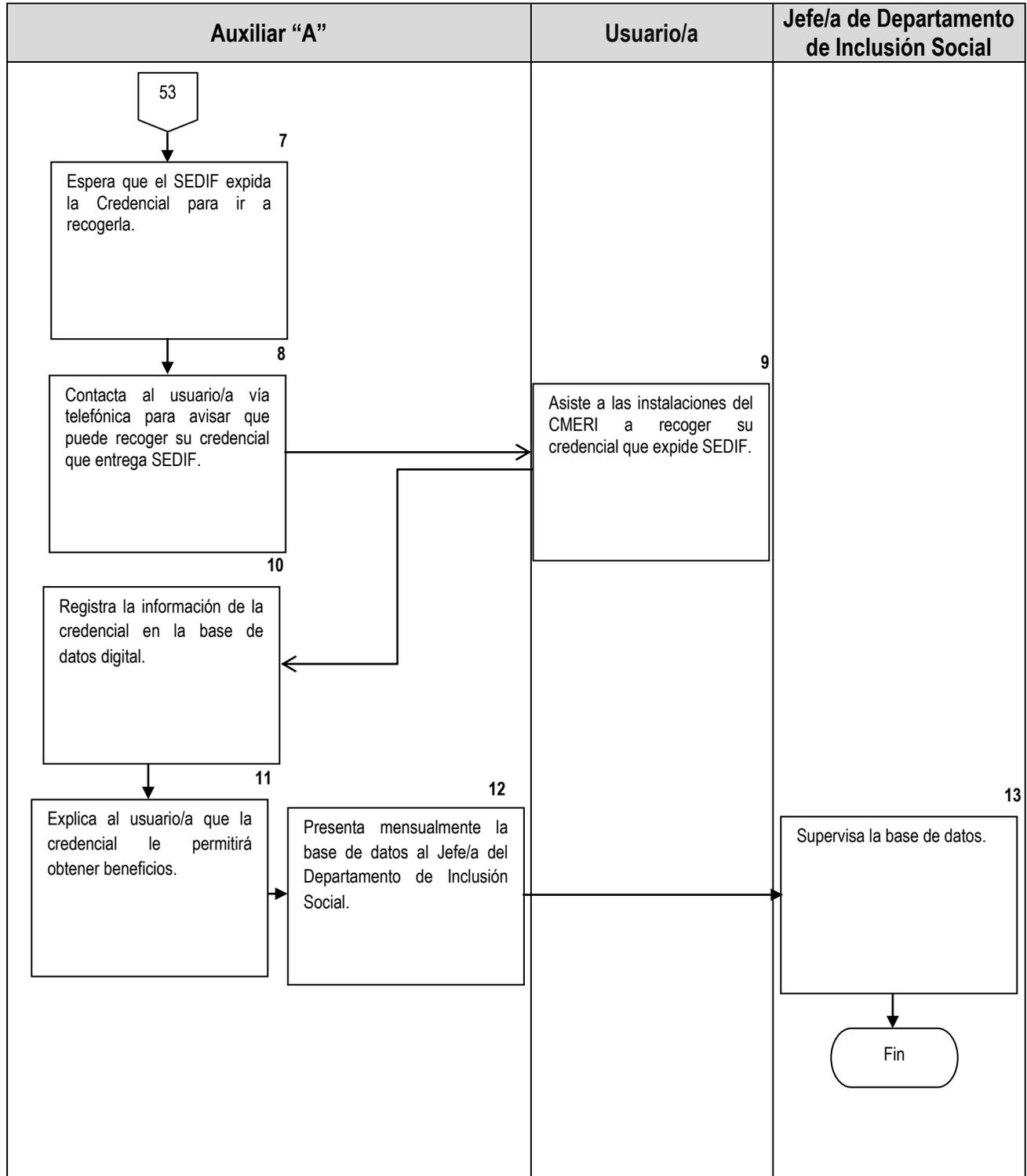
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

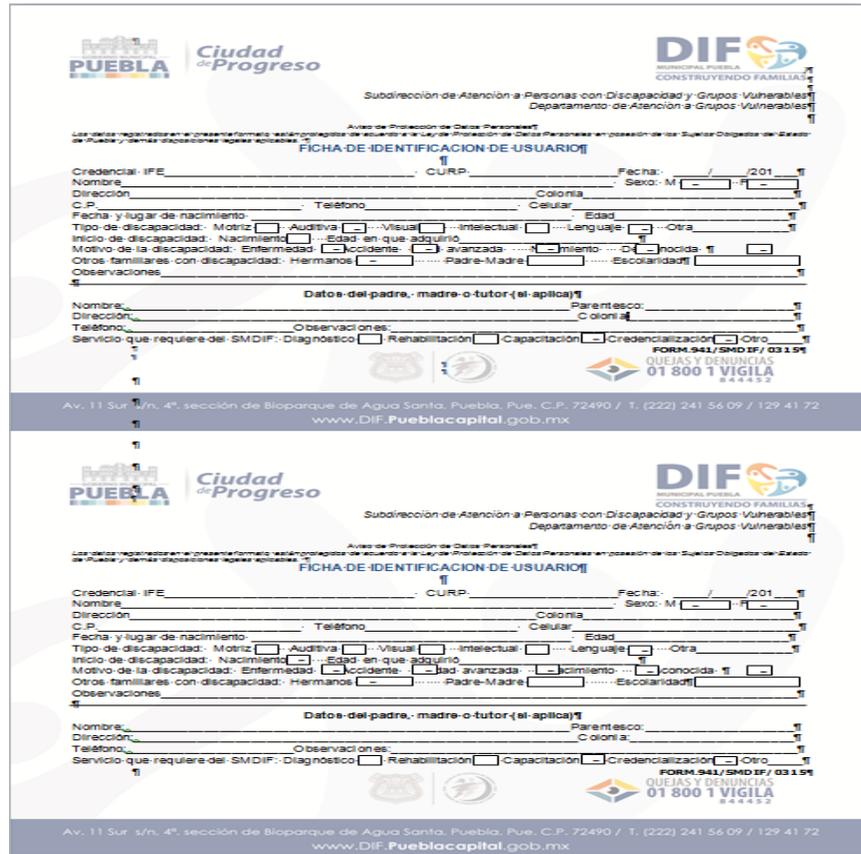
| Descripción del Procedimiento: Para la gestión y entrega de la Credencial Nacional de personas con discapacidad. | | | | |
|---|------------|--|---|-------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita información para tramitar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad. | | |
| Auxiliar "A" | 2 | Informa al usuario los documentos para el proceso y la gestión de la credencial. <ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento (copia). • CURP (copia). • Certificado médico para personas con discapacidad expedido por el Sistema Municipal DIF o cualquier institución de salud pública, no mayor a 60 días de expedición (original y copia). • Identificación oficial vigente (copia). • En caso de ser menor de edad presentar copia de la identificación oficial del padre o tutor. • Comprobante de domicilio, no mayor a 3 meses de antigüedad (copia) | Acta de nacimiento/ CURP/ Certificado médico/ INE o IFE / Comprobante de domicilio | Copias |
| Usuario/a | 3 | Entrega los documentos anteriormente descritos, personales y brinda datos para el llenado del formato oficial. | Acta de nacimiento/ CURP/ Certificado médico/ INE o IFE/ Comprobante de domicilio/ Ficha de Identificación de Usuario FORM.941/ SMDIF/0315 | Original y Copias |
| Auxiliar "A" | 4 | Recibe y revisa los documentos solicitados. <ul style="list-style-type: none"> • En caso de no cumplir con los requisitos regresa a la actividad Núm. 2, en caso contrario: | Expediente | Copias |

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|--|-----|--|---------------------|--------|
| Auxiliar "A" | 5 | Agenda día y hora para la toma de fotografía, huella y firma digital del usuario/a, informando que esta actividad se realizará en el SEDIF, asimismo se ofrecerá el servicio de traslado desde el CMERI. | | |
| Usuario/a | 6 | Se traslada por propia cuenta o por el transporte del CMERI para la toma de fotografía, huella y firma digital. | | |
| Auxiliar "A" | 7 | Espera que el SEDIF expida la Credencial para ir a recogerla. | | |
| | 8 | Contacta al usuario/a vía telefónica para avisar que puede recoger su credencial que entrega SEDIF. | | |
| Usuario/a | 9 | Asiste a las instalaciones del CMERI a recoger su credencial que expide SEDIF. | | |
| Auxiliar "A" | 10 | Registra la información de la credencial en la base de datos digital. | | |
| | 11 | Explica al usuario/a que la credencial le permitirá obtener beneficios. | | |
| | 12 | Presenta mensualmente la base de datos al Jefe/a del Departamento de Inclusión Social. | | |
| Jefe/a de Departamento de Inclusión Social | 13 | Supervisa la base de datos. Termina procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para la gestión y entrega de la Credencial Nacional de personas con discapacidad







FICHA DE IDENTIFICACION DE USUARIO

Credencial IFE _____ CURP _____ Fecha: ____/____/201__

Nombre _____ Sexo: M F

Dirección _____ Colonia _____

C.P. _____ Teléfono _____ Celular _____

Fecha y lugar de nacimiento _____ Edad _____

Tipo de discapacidad: Motriz Auditiva Visual Intelectual Lenguaje Otra

Inicio de discapacidad: Nacimiento Edad en que adquirió _____

Motivo de la discapacidad: Enfermedad Accidente Avanzada Nacimiento Otra Conocida

Otros familiares con discapacidad: Hermanos Padre-Madre Escolaridad

Observaciones _____

Datos del padre, madre o tutor (si aplica)

Nombre _____ Parentesco: _____

Dirección _____ Colonia _____

Teléfono _____ Observaciones _____

Servicio que requiere del SMDIF: Diagnóstico Rehabilitación Capacitación Credencialización Otro

FORM 941/SMD IF / 0315
QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
84432

Av. 11 Sur s/n. 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

| INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA FICHA DE IDENTIFICACION | |
|---|---|
| 1 | Anotar número de IFE/INE. |
| 2 | Anotar CURP |
| 3 | Anotar fecha que corresponda al día de la solicitud. |
| 4 | Anotar nombre completo del usuario |
| 5 | Indicar con una "X" el sexo del usuario. |
| 6 | Anotar la dirección del usuario, indicando calle, número, colonia y código postal. |
| 7 | Anotar números de contacto del usuario. |
| 8 | Anotar fecha y lugar de nacimiento así como edad. |
| 9 | Marcar con una "X" en el recuadro correspondiente tipo de discapacidad del usuario. |
| 10 | Indicar en el recuadro el inicio de la Discapacidad del usuario |
| 11 | Indicar en el recuadro el motivo de Discapacidad del usuario |
| 12 | Indicar si otros familiares del usuario tienen alguna Discapacidad y su escolaridad |
| 13 | En observaciones mencionar datos relevantes a su discapacidad |
| DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR (SI APLICA) | |
| 14 | Anotar nombre del padre, madre o tutor (Parentesco) |
| 15 | Anotar dirección indicando calle, numero, colonia, junta auxiliar |
| 16 | Anotar Teléfono y alguna observación relevante |
| 17 | Anotar en el recuadro el servicio que solicita a SMDIF |

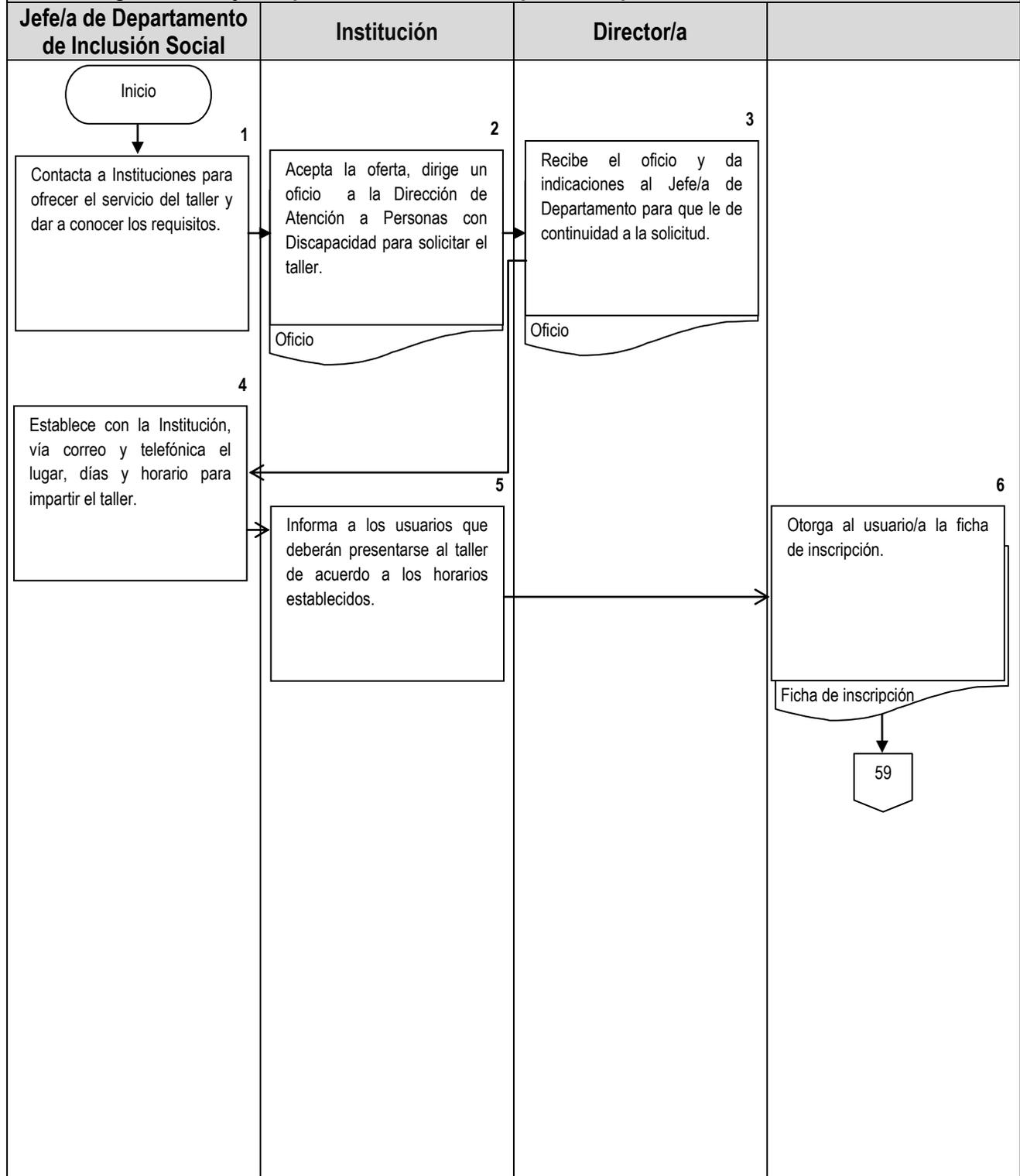
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

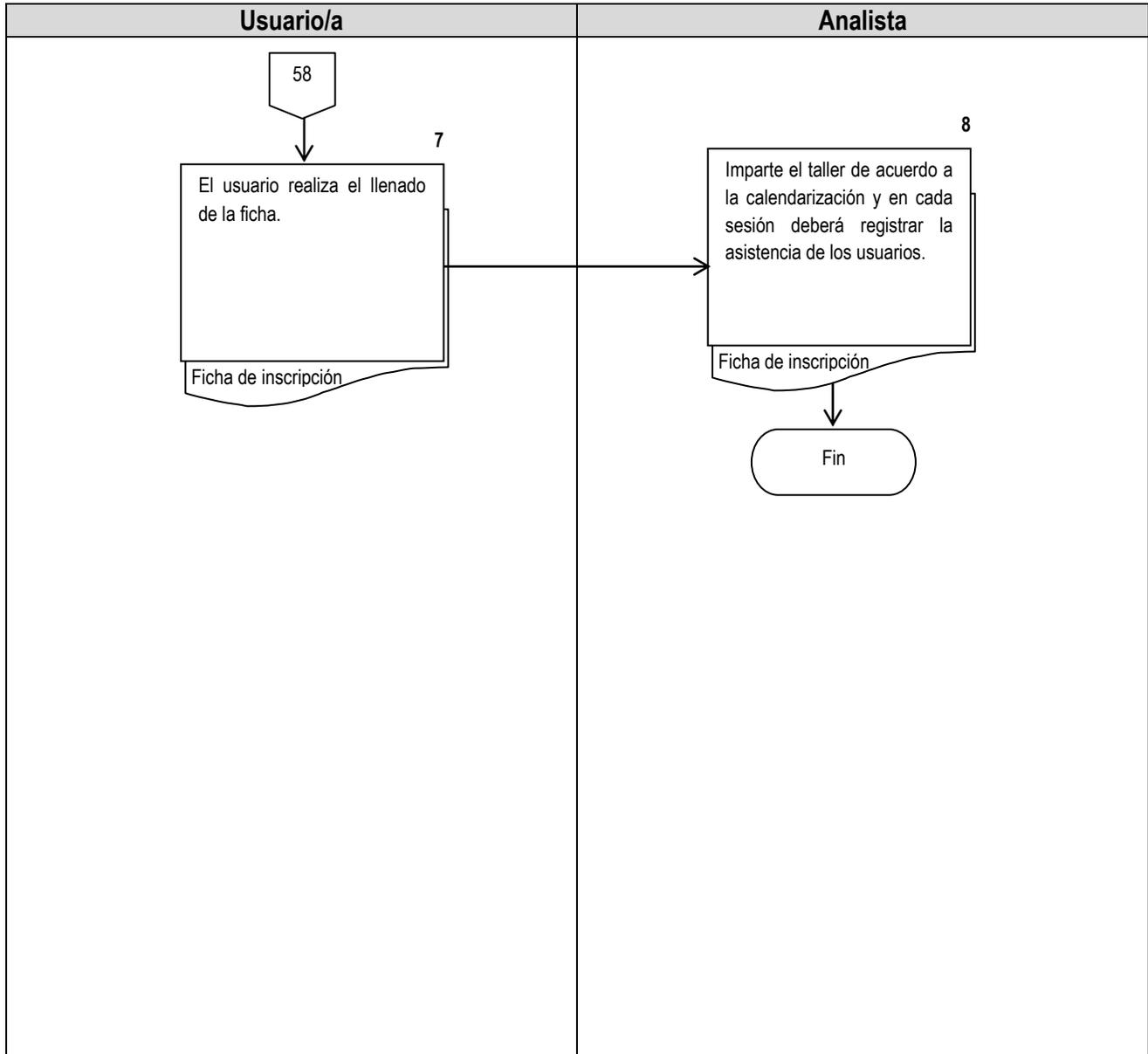
| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de resiliencia. |
| Objetivo: | Taller impartido a personas con discapacidad, cuyo objetivo es promover características como iniciativa, independencia, autoestima, confianza, relación, comunicación, humor y creatividad; que favorezcan el crecimiento personal ante la adversidad. |
| Fundamento Legal: | Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8. Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 61 fracción VIII. |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. El taller va dirigido a personas con discapacidad. 2. El servicio es gratuito. 3. Se realiza una invitación formal a las Instituciones Educativas y Asociaciones para que sus usuarios participen dentro de los talleres, así mismo, estas podrán solicitarlo mediante un escrito dirigido a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, dando la facilidad de impartirlo dentro de sus instalaciones. 4. El usuario deberá presenta identificación oficial, de ser menor de edad se solicitara la del padre o tutor. 5. El taller consta de 7 sesiones (Cada sesión dura 2 horas). 6. El usuario deberá asistir de manera constante a las sesiones y en el horario asignado. 7. El usuario deberá llenar la ficha de inscripción, que el Departamento de Inclusión Social otorgará. 8. Se entregara constancia de participación. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 3 días y sujeto a disponibilidad de horario. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición de talleres de resiliencia. | | | | |
|---|------------|--|---|------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Jefe/a de Departamento de Inclusión Social | 1 | Contacta a Instituciones para ofrecer el servicio del taller y dar a conocer los requisitos. | | |
| Institución | 2 | Acepta la oferta, dirige un oficio a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad para solicitar el taller. | Oficio | Original y copia |
| Director/a | 3 | Recibe el oficio y da indicaciones al Jefe/a de Departamento para que le dé continuidad a la solicitud. | Oficio | Original |
| Jefe/a de Departamento de Inclusión Social | 4 | Establece con la Institución, vía correo y telefónica el lugar, días y horario para impartir el taller. | | |
| Institución | 5 | Informa a los usuarios que deberán presentarse al taller de acuerdo a los horarios establecidos. | | |
| Analista | 6 | Otorga al usuario/a la ficha de inscripción. | Ficha de Inscripción a Taller FORM.1180/ SMDIF/0915 | Original |
| Usuario/a | 7 | El usuario realiza el llenado de la ficha. | Ficha de Inscripción a Taller FORM.1180/ SMDIF/0915 | Original |
| Analista | 8 | Imparte el taller de acuerdo a la calendarización y en cada sesión deberá registrar la asistencia de los usuarios. Termina procedimiento. | Lista de Asistencia FORM.1077/ SMDIF/0715 | Original |

Diagrama de flujo del procedimiento de inscripción e impartición de talleres de resiliencia





| Instrucciones del llenado de formato de lista de asistencia | |
|---|--|
| 1 | Anotar el nombre del servicio que se brinda: Taller de Resiliencia |
| 2 | Anotar el nombre del departamento: Inclusión Social |
| 3 | Anotar el nombre del jefe inmediato o jefe de departamento. |
| 4 | Anotar el mes en el que se imparte el servicio. |
| 5 | Anotar el año en el que se imparte el servicio. |
| 6 | Anotar el número de expediente del usuario (en caso de que no cuente con él, anotar NA) |
| 7 | Anotar el nombre del usuario o asistente. |
| 8 | Anotar F o M según el sexo del usuario. |
| 9 | Anotar la edad del usuario |
| 10 | Colocar A (asistencia), B (baja), J (justificada), F (falta), R (retardo), S (suspensión), debajo de la fecha en la que se esté impartiendo el servicio. |
| 11 | En caso de presentarse algún imprevisto, baja, cancelación del servicio, anotar las causas. |

Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
 Departamento de Atención a Grupos Vulnerables

Aviso de Protección de Datos Personales
 Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FICHA DE INSCRIPCIÓN A TALLER

TALLER: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____

SEXO: Masculino (M) Femenino (F) EDAD: _____

TELÉFONO: _____ CÉLULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DOMICILIO: _____ JUNTA AUXILIAR: _____

OBSERVACIONES: _____

FORM.1180/SMDIF/0915*
 01 800 1 VIGILA

Av. 11 Sur s/n. 4ª sección de Boparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
 www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Dirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables

Aviso de Protección de Datos Personales
 Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

LISTA DE ASISTENCIA

Nombre del Servicio: _____ Departamento: _____

Responsable: _____ Mes: _____ Año: _____

| No. | Expediente o Folio | Nombre del usuario (a) | SEXO | EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------|------------------------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SIMBOLOGÍA
 Asistencia A Falta F
 Baja B Retardo R
 Justificada J Suspensión S

Observaciones: _____

QUEJAS Y DENUNCIAS
 01 800 1 VIGILA

www.Pueblacapital.gob.mx

FORM.1077/SMDIF/0715

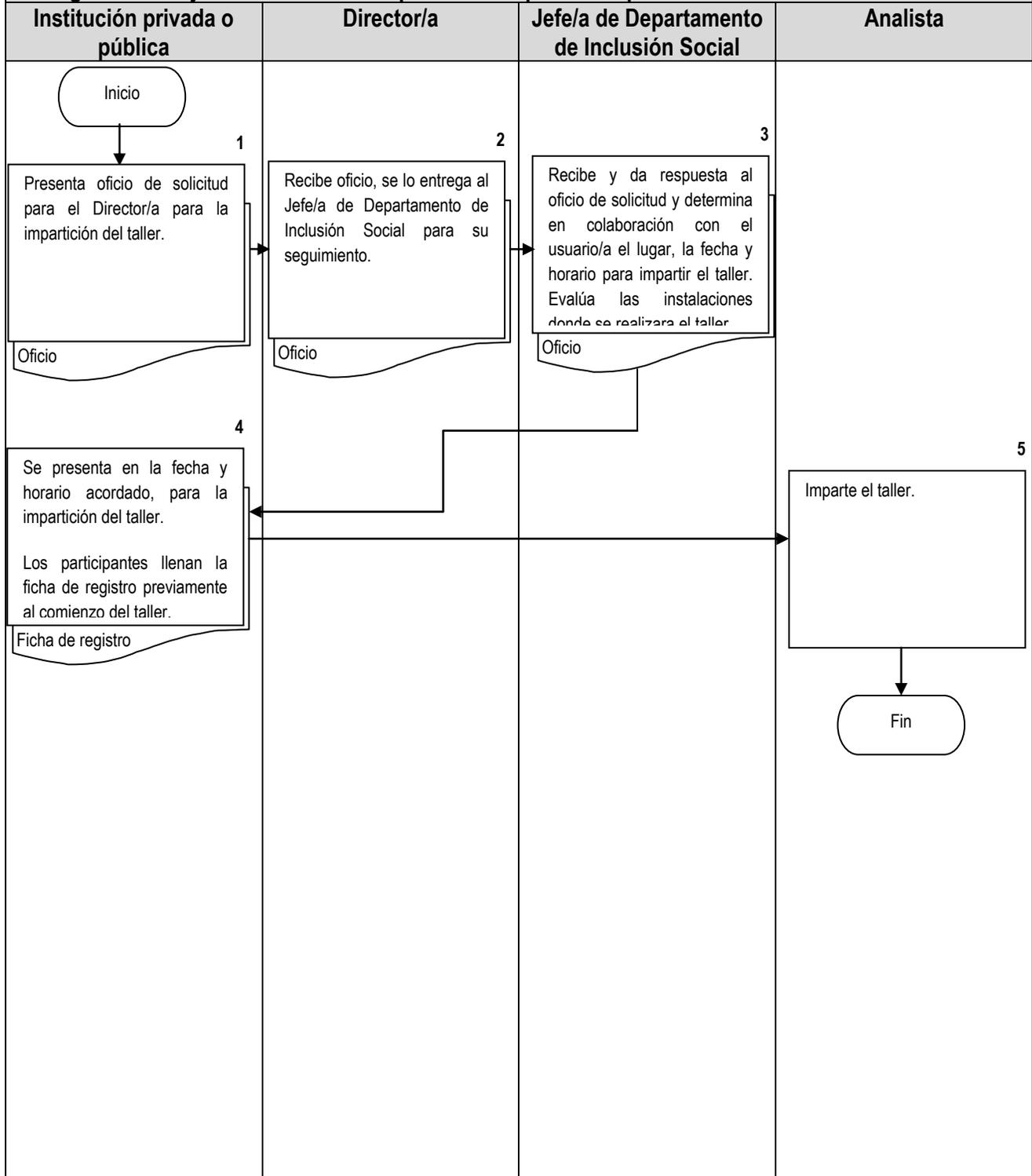
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de diseño universal. |
| Objetivo: | Taller de concientización que se ofrece a servidores del ámbito público o privado, con el objetivo de que brinden un trato digno y un servicio adecuado a personas con discapacidad, a partir de estrategias que serán impartidas en el taller. |
| Fundamento Legal: | Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8. Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 61. |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio es gratuito. 2. Para la impartición del taller se requiere de un mínimo de 15 personas y un máximo de 30 personas. 3. La edad mínima requerida para tomar el taller es de 16 años. 4. El taller se realizará en un solo día y tendrá una duración de 2 horas. El horario será establecido en colaboración con la Jefatura de Inclusión Social. 5. El horario disponible para la impartir el taller es de 08:00 a las 14:00 horas. 6. Se requiere por parte de la institución un lugar con espacio amplio para la estadía de las personas durante una etapa del taller. 7. El usuario deberá hacer el uso adecuado de los aparatos ortopédicos y materiales que se emplean en las actividades del taller. 8. En lugares externos al CMERI, se evaluarán las instalaciones donde se llevará a cabo el taller para conocer la viabilidad de la realización del mismo. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 8 días. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición del taller de diseño universal. | | | | |
|---|------------|--|---|------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Institución privada o pública | 1 | Presenta oficio de solicitud para el Director/a para la impartición del taller. | Oficio | Original y Copia |
| Director/a | 2 | Recibe oficio, se lo entrega al Jefe/a de Departamento de inclusión Social para su seguimiento. | Oficio | Original |
| Jefe/a de Departamento de inclusión Social | 3 | Recibe y da respuesta al oficio de solicitud y determina en colaboración con la Institución privada o pública el lugar, la fecha y horario para impartir el taller. Evalúa las instalaciones donde se realizara el taller. | Oficio | Original |
| Institución privada o pública | 4 | Se presenta en la fecha y horario acordado, para la impartición del taller. Los participantes llenan la ficha de registro previamente al comienzo del taller. | Ficha de registro FORM.1078/ SMDIF/0715 | Original |
| Analista | 5 | Imparte el taller. Termina procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de diseño universal





Ciudad
de Progreso



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad



Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
de conformidad con los señalamientos contenidos en el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás disposiciones legales aplicables.

| FICHA DE REGISTRO | | FECHA: | | | |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Tipo de Actividad: | Evento <input type="checkbox"/> | Taller <input type="checkbox"/> | Jornada <input type="checkbox"/> | Capacitación <input type="checkbox"/> | Otra: _____ |
| Nombre de la Actividad: | _____ | | | | |
| Nombre del Departamento: | _____ | | | | |
| Responsable: | _____ | | | | |
| Lugar: | _____ | | | | |
| NO. | NOMBRE COMPLETO | SEXO | EDAD | FIRMA O HUELLA | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

FORM.1078/SMDIF/0715



www.Pueblacapital.pob.mx

Instructivo de llenado de ficha de registro

| | |
|----|--|
| 1 | Anotar la fecha en la que se dio el servicio. |
| 2 | Rellenar con una "X" el recuadro que indique el servicio que se ofreció. |
| 3 | Anotar el nombre de la actividad. |
| 4 | Anotar el área responsable del servicio. |
| 5 | Anotar el nombre del jefe inmediato o jefe del departamento. |
| 6 | Anotar el nombre o dirección del lugar donde se realizó la actividad. |
| 7 | Anotar el nombre completo de los participantes del taller. |
| 8 | Anotar F o M según el sexo del participante. |
| 9 | Anotar la edad del participante. |
| 10 | Solicitar al participante que coloque su firma o huella digital. |

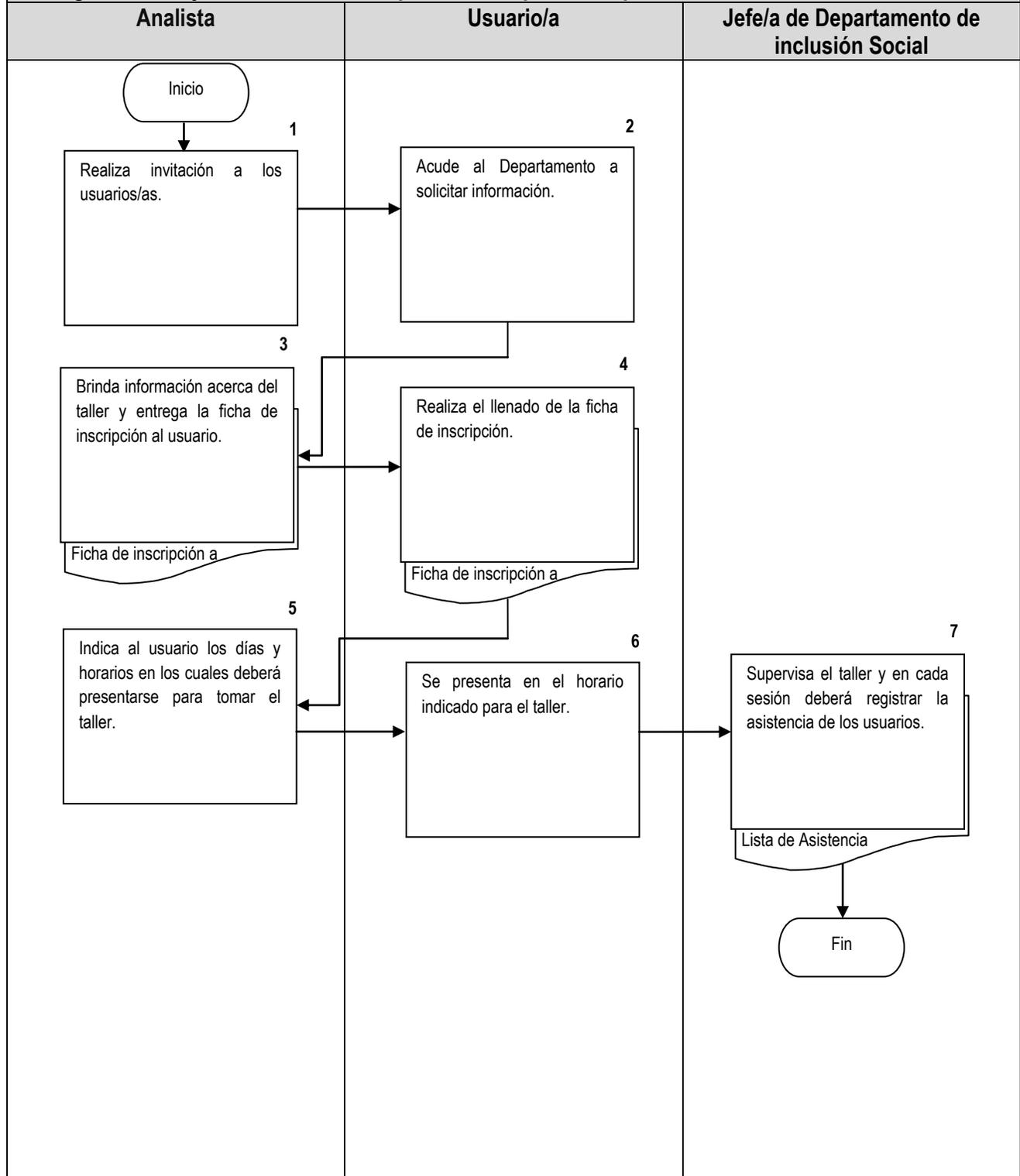
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de danza en silla. |
| Objetivo: | Taller artístico impartido a personas con discapacidad y familiares, con el objetivo de ejercitar la creatividad, la comunicación de ideas y sentimientos a través de movimientos corporales, promoviendo la inclusión en actividades culturales. |
| Fundamento Legal: | Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8 Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 61 Fracción III. |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Taller que se imparte de manera continua en tres diferentes horarios que son establecidos por el Jefe de Departamento. 2. El número de participantes en el taller será bajo demanda. 3. El usuario deberá asistir de manera constante a las clases y en el horario asignado. 4. El usuario deberá llenar la ficha de inscripción, que el Departamento de Inclusión Social otorgará. 5. El servicio es gratuito. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 1 día. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición del taller de danza en silla. | | | | |
|---|------------|--|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Analista | 1 | Realiza invitación a los usuarios/as. | | |
| Usuario/a | 2 | Acude al Departamento a solicitar información. | | |
| Analista | 3 | Brinda información acerca del taller y entrega la ficha de inscripción al usuario. | Ficha de Inscripción a Taller FORM.1180/ SMDIF/0915 | Original |
| Usuario/a | 4 | Realiza el llenado de la ficha de inscripción. | Ficha de Inscripción a Taller FORM.1180/ SMDIF/0915 | Original |
| Analista | 5 | Indica al usuario los días y horarios en los cuales deberá presentarse para tomar el taller. | | |
| Usuario/a | 6 | Se presenta en el horario indicado para el taller. | | |
| Jefe/a de departamento de inclusión Social | 7 | Supervisa el taller y en cada sesión deberá registrar la asistencia de los usuarios. Termina procedimiento. | Lista de Asistencia FORM.1077/ SMDIF/0715 | Original |

Diagrama de flujo del Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de danza en silla.



| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



Ciudad de Progreso



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Inclusión Social

Aviso de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

| FICHA DE INSCRIPCIÓN A TALLER | |
|--|-----------------------|
| TALLER: _____ | FECHA: _____ |
| NOMBRE: _____ | |
| SEXO: Masculino () Femenino () | EDAD: _____ |
| TELÉFONO: _____ | CELULAR: _____ |
| CORREO ELECTRÓNICO: _____ | |
| DOMICILIO: _____ | JUNTA AUXILIAR: _____ |
| OBSERVACIONES: _____ | |

FORM.1180/SMDIF/0915



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

www.Pueblacapital.gob.mx

| INSTRUCCIONES DEL LLENADO DE FICHA DE INSCRIPCIÓN AL TALLER | |
|---|---|
| 1 | Anotar "Taller de Resiliencia" |
| 2 | Anotar la fecha en la que se inscribe el usuario |
| 3 | Anotar el nombre completo del usuario |
| 4 | Rellenar con una "X" donde indique el sexo del usuario |
| 5 | Anotar la edad del usuario |
| 6 | Anotar el teléfono de casa del usuario |
| 7 | Anotar el número de celular del usuario |
| 8 | Anotar el correo electrónico del usuario |
| 9 | Anotar el domicilio del usuario, o en su caso el domicilio de la institución donde recibe el taller |
| 10 | Anotar la junta auxiliar donde reside el usuario o la institución |
| 11 | Anotar las especificaciones del taller, como por ejemplo el horario. |

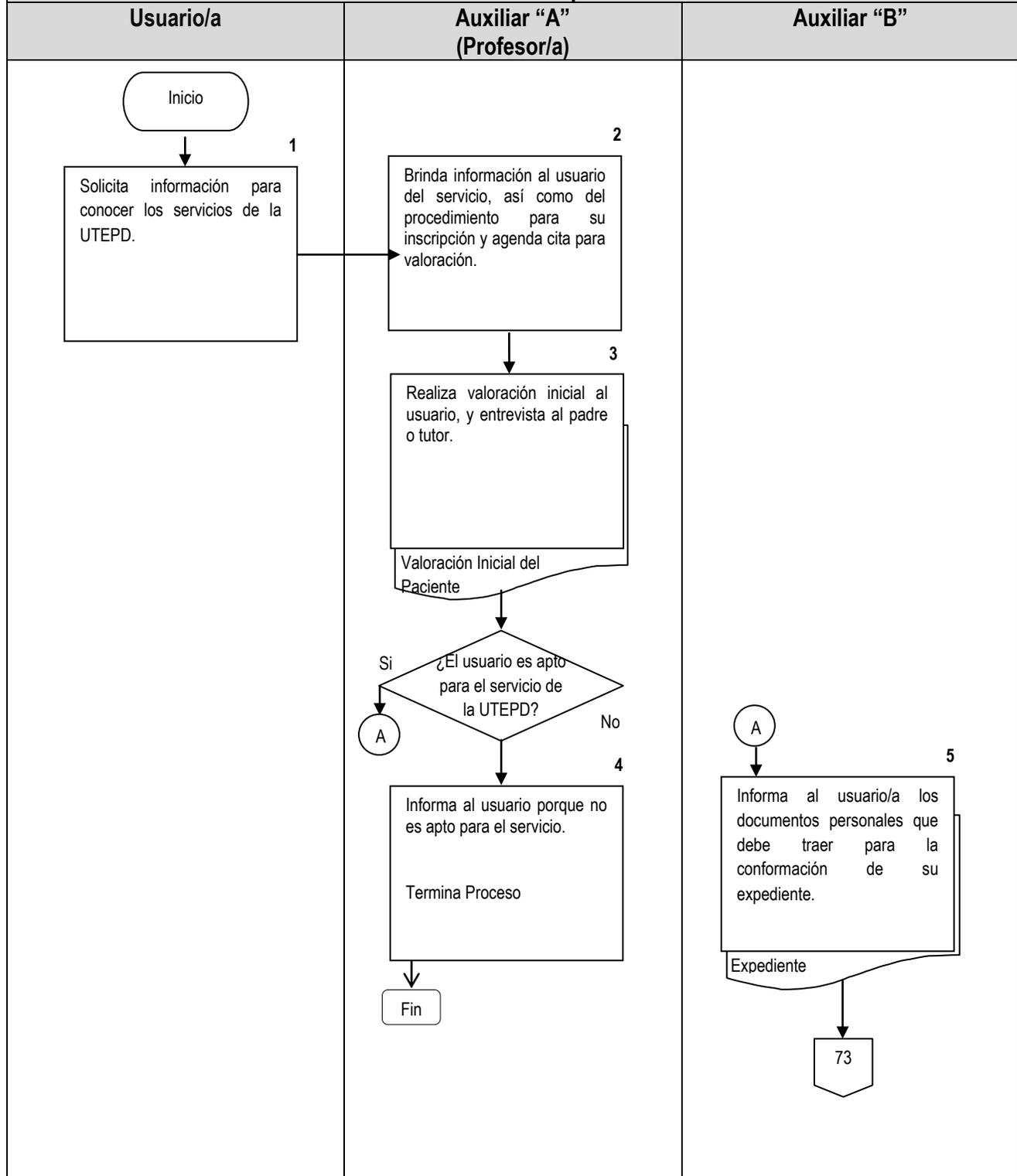
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

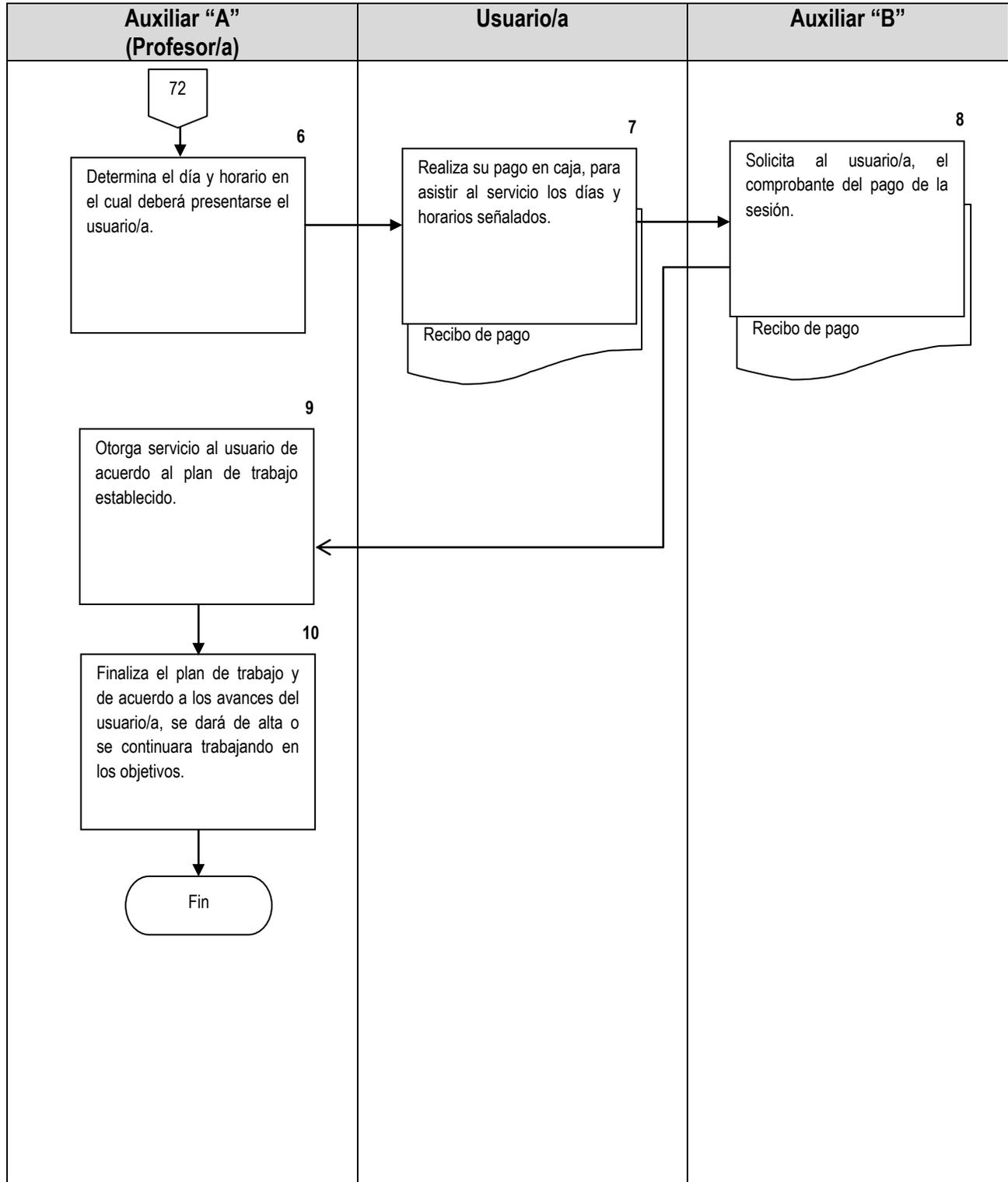
| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad. |
| Objetivo: | Ofrecer métodos de enseñanza y aprendizaje a través de equipo de cómputo y software especializado, material didáctico para personas con discapacidad visual, auditiva, motriz, intelectual y/o necesidades educativas especiales, contribuyendo a mejorar su calidad de vida en condiciones de equidad. |
| Fundamento Legal: | <p>Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 61 Fracción V.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Toda persona que solicite el servicio del área será atendido con respeto y amabilidad, así como brindando la información necesaria. 2. Para otorgar los servicios de la UTEPD, debe existir previo, una valoración, por parte de los especialistas de la Departamento de Inclusión Social. 3. Documentos solicitados: <ol style="list-style-type: none"> a. Copia del diagnóstico o estudio médico, el cual determine el tipo de discapacidad del usuario b. Identificación oficial del padre o tutor c. CURP del usuario d. Comprobante de domicilio del usuario e. 2 fotografías tamaño infantil del usuario f. Firma de carta responsiva de los servicios de la UTEPD g. Firma de la carta de políticas para el uso de servicio de la UTEPD 4. El usuario debe comprometerse a asistir a las sesiones, en la fecha y hora asignada. 5. El estudio socioeconómico determina el costo que se le asignará al usuario para el pago de la sesión. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 1 semana. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad. | | | | |
|---|------------|---|--|-------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Usuario/a | 1 | Solicita información para conocer los servicios de la UTEPD | | |
| Auxiliar "A" (Profesor/a) | 2 | Brinda información al usuario del servicio, así como del procedimiento para su inscripción y agenda cita para valoración. | | |
| | 3 | Realiza valoración inicial al usuario, y entrevista al padre o tutor. <ul style="list-style-type: none"> • Si el usuario/a es apto para el servicio de la UTEPD continua en la actividad Núm. 5, en caso contrario: | Valoración Inicial del Paciente FORM.943-A/ SMDIF/1215 | Original |
| Auxiliar "A" (Profesor/a) | 4 | Informa al usuario/a por que no es apto para el servicio. Termina Procedimiento. | | |
| Auxiliar "B" | 5 | Informa al usuario/a los documentos personales que debe traer para la conformación de su expediente. | Expediente | Original Copia |
| Auxiliar "A" (Profesor/a) | 6 | Determina el día y horario en el cual deberá presentarse el usuario/a. | | |
| Usuario/a | 7 | Realiza su pago en caja, para asistir al servicio los días y horarios señalados. | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Auxiliar "B" | 8 | Solicita al usuario/a, el comprobante del pago de la sesión. | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Copia |
| Auxiliar "A" (Profesor/a) | 9 | Otorga servicio al usuario/a de acuerdo al plan de trabajo establecido. | | |
| | 10 | Finaliza el plan de trabajo y de acuerdo a los avances del usuario/a, se dará de alta o se continuara trabajando en los objetivos. Termina Procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad







Ciudad
de Progreso



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Inclusión social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión
de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Folio No. _____

VALORACION INICIAL DEL PACIENTE



Nombre del Usuario(s): _____ Edad: _____ Fecha: _____

Probable: _____ Evaluador(s): _____

| Conocimientos Generales | Adquirido | Refuerzo | Por adquirir |
|---|-----------|----------|--------------|
| Discapacidad visual (Braille) | | | |
| Discapacidad auditiva (LSM) | | | |
| Conocimiento del uso del teclado | | | |
| Conocimiento del uso de mouse | | | |
| Campos semánticos | | | |
| Vocales | | | |
| Consonantes | | | |
| Sílabas | | | |
| Partes del cuerpo: (en sí mismo, en una imagen y en otra persona) | | | |
| Ubicación espacial: (arriba, abajo, derecha, izquierda, dentro y fuera) | | | |
| Atención | | | |
| Concentración | | | |
| Memoria | | | |
| Lenguaje escrito | | | |
| • Ortografía, espacios, inversión, omisión o adición de letras, coherencia en la escritura. | | | |



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844432

www.Pueblacapital.gob.mx

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



Ciudad de Progreso



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Inclusión Social

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Lenguaje Expresivo | | | |
| • Fonema y vocabulario | | | |
| Lenguaje Comprensivo | | | |
| • Audiva y lectura | | | |
| Números | | | |
| Colores | | | |
| Formas | | | |
| Operaciones básicas | | | |
| Cantidades | | | |
| Tamños | | | |

Aceptado: Si () No ()

Plan de trabajo -

Nombre y firma del Evaluador (s)

Nombre y firma del Administrador (s) de la UTEPD

FORM.943-A/SMDIF/1215



INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO DE LA VALORACION DEL USUARIO DE UTEPD

- 2.- Anotar la Edad con número
- 3.- Anotar el día de la fecha de valoración
- 4.- Anotar el Diagnostico probable
- 5.- Anotar el nombre de la persona responsable a realizar la Evaluación
- 6.- Marcar con una "X" el recuadro que indique los conocimientos: adquiridos, si necesitan refuerzo o faltan por adquirir
- 7.- Anotar el Plan de Trabajo (objetivos) que se llevara a cabo con el Usuario
- 8.- Marcar con una "X" si el Usuario es aceptado o no en dado caso que no sea aceptado especificar el por qué.
- 9.- Nombre y Firma del Responsable
- 10.- Firma del Jefe de Departamento de la UTEPD

V.

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

VI. DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL

| | |
|----------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para la inclusión laboral para Personas con Discapacidad. |
| Objetivo: | Lograr la inclusión integral de las Personas con Discapacidad a través de la inserción laboral, brindando un proceso de capacitación para el trabajo y formación socio laboral para garantizar la inclusión laboral. |
| Fundamento Legal: | <p>Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I.</p> <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.</p> <p>Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio está destinado a personas con discapacidad, entre 18 y 50 años con actitud al trabajo y habilidades para desarrollarlo. Que pertenezcan a los grupos de Discapacidad sensorial, motriz o intelectual leve. 2. Las Personas con Discapacidad deberán solicitar el servicio de inclusión laboral. 3. Deberán completar los documentos requeridos para su expediente <ol style="list-style-type: none"> a. Solicitud de empleo elaborada o CV b. 1 Fotografía <p>Los siguientes documento en copia</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Acta de nacimiento. d. Identificación oficial. e. Comprobante domiciliario (no mayor a tres meses de antigüedad). f. Credencial Nacional de discapacidad. g. CURP h. 2 Cartas de recomendación. i. Diagnóstico médico. j. Copia de afiliación a seguridad social. k. Copia del último certificado de estudios. l. Valoración psicológica (en caso de ser solicitado por parte del Analista) 4. Se elabora el plan de acción personalizado del usuario para la inclusión laboral, siendo indispensable su compromiso con el mismo para su alta en el programa de inclusión laboral. 5. Las oportunidades de empleo para su inserción laboral serán acorde al perfil del usuario (grado de estudio, habilidades, discapacidad, etc.) 6. El usuario deberá atender las indicaciones y dar seguimiento a lo planteado en |



**Manual de Procedimientos
de la Dirección de Atención
a Personas con
Discapacidad**

Clave: **MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067**

Fecha de elaboración: **14/10/2016**

Núm. de revisión: **01**

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>el plan de acción, de otra manera se dará de baja en la bolsa de trabajo.</p> <p>7. Para incorporarse a los talleres el usuario deberá cubrir la cuota establecida y presentar el comprobante de pago en los primeros 5 días hábiles de cada mes, de no hacerlo, no se le permitirá el acceso a los talleres.</p> <p>8. El usuario ya incorporado a los talleres deberá asistir los días programados ya establecidos, en caso de tener un 20% de inasistencia injustificada, se le dará de baja en el proceso.</p> |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 6 meses. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para la inclusión laboral para Personas con discapacidad | | | | |
|--|------------|--|--|---------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Analista | 1 | Establece el primer contacto con el usuario/a a través de ferias de trabajo, asociaciones civiles, etc., para informarle acerca del servicio de inclusión laboral, así como los documentos requeridos para su inscripción y costos del mismo, se canaliza al Departamento. | | |
| | 2 | Entrega el tríptico o folletería con el número de teléfono del contacto para generar la cita en el módulo de la bolsa de trabajo del CMERI | Tríptico o folletería | Original |
| Usuario/a | 3 | Acude al Departamento con la documentación requerida, ya establecida en las políticas de operación, para su inscripción al servicio de inclusión laboral. | Documentos | Originales y copias |
| Analista | 4 | Revisa que la documentación esté completa y realiza una entrevista a profundidad al usuario, para datos de importancia para la inclusión laboral. | Formato de Inscripción para bolsa de trabajo FORM.930/SMDIF/0215 Carta Compromiso para usuarios con crisis FORM.1079/SMDIF/0715 | Original |
| Usuario/a | 5 | Firma la carta compromiso de la bolsa de trabajo. | Carta Compromiso de Bolsa de Trabajo FORM.944/SMDIF/0315 | Original |
| Analista | 6 | Aplica la batería de pruebas psicológicas o software Ergo-Disc en caso de tener discapacidad intelectual. | | |
| | 7 | Conforma el perfil laboral de acuerdo a los resultados obtenidos de la psicometría de talentos. | Expediente | Original |

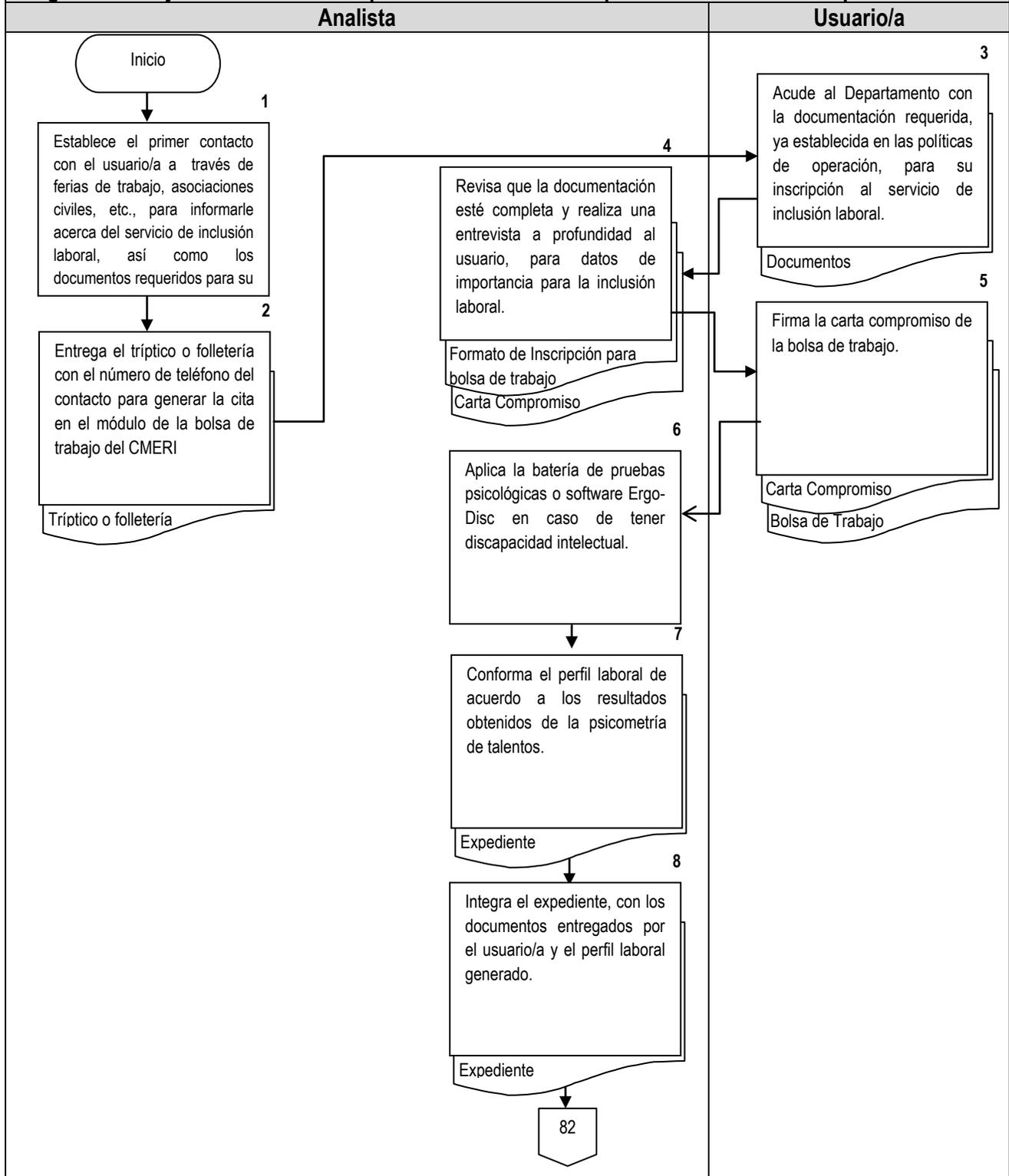
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

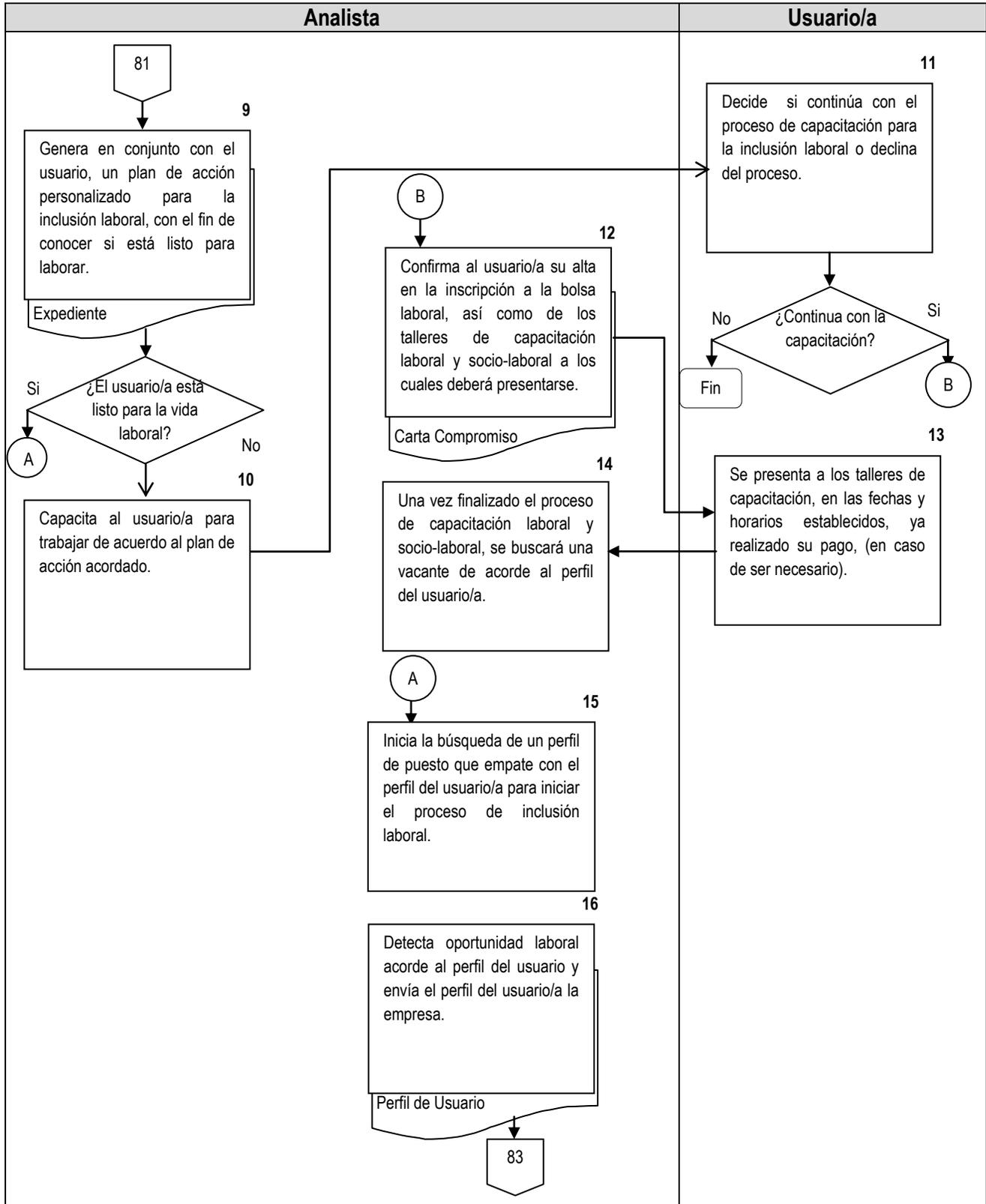
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|-------------|-----|---|---|----------|
| Analista | 8 | Integra el expediente, con los documentos entregados por el usuario/a y el perfil laboral generado. | Expediente | Original |
| | 9 | <p>Genera en conjunto con el usuario/a, un plan de acción personalizado para la inclusión laboral, con el fin de conocer si está listo para laborar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el usuario/a esta listo para la vida laboral continua en la actividad Núm. 15, en caso contrario: | Expediente | Original |
| | 10 | Capacita al usuario/a para trabajar de acuerdo al plan de acción acordado. | | |
| Usuario/a | 11 | <p>Decide si continúa con el proceso de capacitación para la inclusión laboral o declina del proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si no continua con la capacitación se termina el procedimiento, en caso contrario: | | |
| Analista | 12 | Confirma al usuario/a su alta en la inscripción a la bolsa laboral, así como de los talleres de capacitación laboral y socio-laboral a los cuales deberá presentarse. | Carta Compromiso de Talleres de Capacitación Laboral FORM.928/ SMDIF/0215 | Original |
| Usuario/a | 13 | Se presenta a los talleres de capacitación, en las fechas y horarios establecidos, ya realizado su pago, (en caso de ser necesario). | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Copia |
| Analista | 14 | Una vez finalizado el proceso de capacitación laboral y socio-laboral, se buscará una vacante de acorde al perfil del usuario/a. | | |

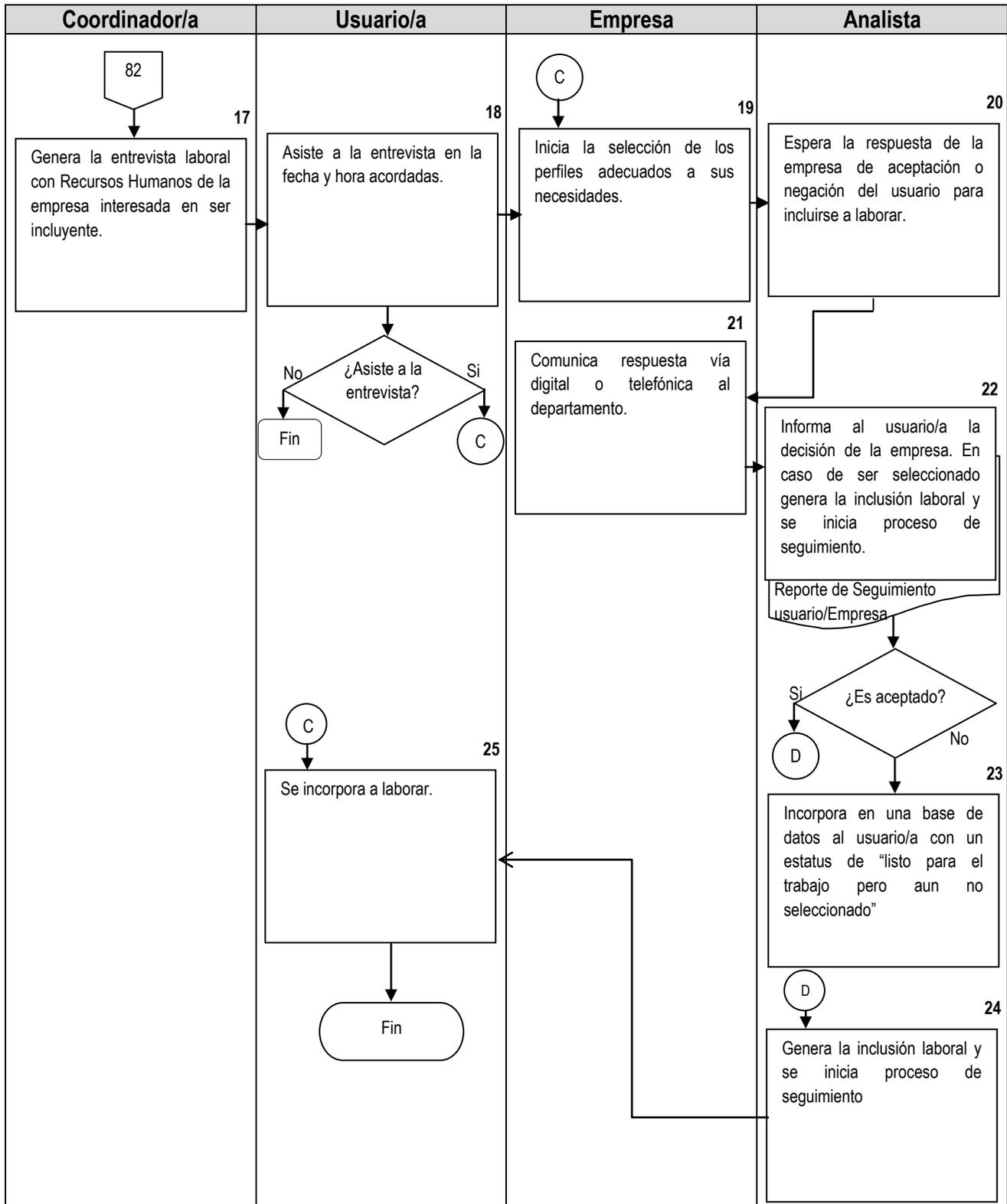
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|---------------|-----|---|--|----------------------|
| Analista | 15 | Inicia la búsqueda de un perfil de puesto que empate con el perfil del usuario/a para iniciar el proceso de inclusión laboral. | | |
| | 16 | Detecta oportunidad laboral acorde al perfil del usuario y envía el perfil del usuario/a a la empresa. | Perfil del usuario | Original vía digital |
| Coordinador/a | 17 | Genera la entrevista laboral con Recursos Humanos de la empresa interesada en ser incluyente. | | |
| Usuario/a | 18 | Asiste a la entrevista en la fecha y hora acordadas. <ul style="list-style-type: none"> • Si no asiste a la entrevista termina procedimiento, en caso contrario: | | |
| Empresa | 19 | Inicia la selección de los perfiles adecuados a sus necesidades. | | |
| Analista | 20 | Espera la respuesta de la empresa de aceptación o negación del usuario para incluirse a laborar. | | |
| Empresa | 21 | Comunica respuesta vía digital o telefónica al Departamento. | | |
| Analista | 22 | Informa al usuario/a la decisión de la empresa. <ul style="list-style-type: none"> • Si es aceptado continua en la actividad Núm. 25, en caso contrario: | Reporte de Seguimiento de Usuario y Empresa FORM.929/ SMDIF/0215 | Original |
| | 23 | Incorpora en una base de datos al usuario/a con un estatus de "listo para el trabajo pero aun no seleccionado" | | |
| | 24 | Genera la inclusión laboral y se inicia proceso de seguimiento | | |
| Usuario/a | 25 | Se incorpora a laborar. Termina Procedimiento. | | |

Diagrama de flujo del Procedimiento para la inclusión laboral para Personas con Discapacidad







Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA BOLSA DE TRABAJO

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO | | | | FOTO |
|-------------------------------------|----------------------|------|----------|-------|
| Fecha: / / | | | | |
| Nombre (s): | | | | |
| Apellido Paterno: | Apellido Materno: | | | |
| Edad: | Sexo: F () M () | Tel: | Celular: | |
| Fecha de Nacimiento: | Lugar de Nacimiento: | | | |
| E-mail: | Ocupación: | | | |
| CURP: | RFC: | | | FOLIO |

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA | | | |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|--|
| Domicilio: | No. Exterior: | C.P. | |
| Colonia: | Municipio: | Junta Auxiliar: | |
| Entre calles: | Localidad: | | |

| DATOS DE CONTACTO | |
|-------------------|---------------------|
| Nombre: | Parentesco: |
| Domicilio: | Tel. Casa: |
| Tel. Celular: | Correo Electrónico: |
| Lugar de Trabajo: | Tel. de Oficina: |
| Nombre: | Parentesco: |
| Domicilio: | Tel. Casa: |
| Tel. Celular: | Correo Electrónico: |
| Lugar de Trabajo: | Tel. de Oficina: |

| DOCUMENTOS PARA ENTREGA | | | |
|---|-----|--------------------------------------|-----|
| Solicitud de empleo (original) | () | CURP (copia) | () |
| Acta de nacimiento (copia) | () | RFC (copia) | () |
| Credencial de elector (copia) | () | 2 cartas de recomendación (original) | () |
| Comprobante de domicilio (copia) | () | Diagnóstico médico (copia) | () |
| Credencial de discapacidad (copia) | () | 2 fotografías tamaño infantil | () |
| Último comprobante de estudios | () | Carta compromiso (original) | () |
| Afiliación a IMSS, ISSSTE, ISSSTEP o Seguro Popular (copia) | () | | |

ES OBLIGATORIO PRESENTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN DESCRITA, PARA LA INSCRIPCIÓN A BOLSA DE TRABAJO

Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bloque de Agua Santa, Puebla, Pue., C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.Pueblacapital.gob.mx

FORM.930/SMDIF/0215

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



Ciudad de Progreso



| DATOS DE DISCAPACIDAD | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Tipo de Discapacidad: | Causas de la discapacidad: | Especificaciones: |
| Visual () | Gestación () | |
| Auditiva () | Nacimiento () | |
| Intelectual () | Accidente () | |
| Motriz () | Enfermedad () | |
| Enfermedad: | | |
| Credencial de Discapacidad: | | Tipo de sangre: |
| Alergico (a): | | Medicamento que toma: |
| Que tiempo tiene tomandola y cada cuanto: | | |
| Afilado (a): | | No de afiliación: |
| Grado de estudios: | | Puesto de interés: |
| Limitaciones en función: | | |
| Habilidades: | | |
| Experiencia: | | |
| Observaciones: | | |
| Pruebas aplicadas: | | |
| Tipo de Perfil: | | |
| Plan de acción: | | |
| Capacitación: | | |
| Estatura: | | |
| Observación socio-familiar: | | |

Av. 11 Sur s/n. 4ª. Sección de Bloques de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.pueblacapital.gob.mx

FORM.930/SMDIF/0215

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA BOLSA DE TRABAJO

| |
|--|
| 1. |
| 2. Fecha de Inscripción de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 3. Nombre de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 4. Apellido Paterno de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 5. Apellido Materno de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 6. Mencione la edad de la persona que se va inscribir |
| 7. Especifique el Sexo de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 8. Especifique el número de teléfono de celular de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 9. Fecha de Nacimiento de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 10. E-mail de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 11. Ocupación de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 12. CURP de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 13. RFC de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 14. Domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 15. No. Exterior del domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 16. C.P de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 17. Colonia del domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 18. Municipio donde se encuentra el domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 19. Junta Auxiliar donde se encuentra el domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |

| |
|---|
| 20. Entre que calles se encuentra el domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 21. Localidad donde se encuentra el domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 22. Nombre de la persona de contacto |
| 23. Parentesco de la persona de contacto |
| 24. Domicilio de la persona de contacto |
| 25. Especifique el número de teléfono de casa de la persona de contacto |
| 26. Especifique el número de teléfono de celular de la persona de contacto |
| 27. Especifique el correo electrónico de la persona de contacto |
| 28. Especifique el lugar de trabajo de la persona de contacto |
| 29. Especifique el número de teléfono del trabajo de la persona de contacto |
| 30. Marque con en el inciso si cuenta con la Solicitud de empleo (original) |
| 31. Marque con en el inciso si cuenta con el Acta de nacimiento (copia) |
| 32. Marque con en el inciso si cuenta con la Credencial de elector (copia) |
| 33. Marque con en el inciso si cuenta con el Comprobante de domicilio (copia) |
| 34. Marque con en el inciso si cuenta con la Credencial de discapacidad (copia) |
| 35. Marque con en el inciso si cuenta con el Último comprobante de estudios |
| 36. Marque con en el inciso si cuenta con el CURP (copia) |
| 37. Marque con en el inciso si cuenta con el RFC (copia) |
| 38. Marque con en el inciso si cuenta con el 2 cartas de recomendación (original) |
| 39. Marque con en el inciso si cuenta con el Diagnóstico médico (copia) |
| 40. Marque con en el inciso si cuenta con el 2 fotografías tamaño infantil |
| 41. Marque con en el inciso si cuenta con el Carta compromiso (original) |
| 42. Marque con en el inciso si cuenta con el Afiliación a IMSS, ISSSTE, ISSSTEP o Seguro Popular (copia) |
| 43. Marque con en el inciso que tipo de discapacidad tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 44. Marque con en el inciso causa de discapacidad tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 45. Especifique el tipo de enfermedad que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 46. Especifique si cuenta con credencial de discapacidad que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 47. Especifique el tipo de sangre que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 48. Especifique a que es alérgico la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 49. Especifique el tipo de medicamentos que toma la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 50. Especifique que tiempo tiene tomándola y cada cuánto de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 51. Especifique el tipo de enfermedad que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 52. Especifique donde está afiliado la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 53. Especifique el número de afiliación de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 54. Especifique el grado de estudios que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 55. Especifique el puesto de interés que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 56. Especifique la limitación en funciones que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 57. Especifique la habilidades que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 58. Especifique la experiencia que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 59. Especifique la observaciones que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 60. Especifique las pruebas aplicadas que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 61. Especifique el tipo de perfil que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 62. Especifique el plan de acción que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 63. Especifique la capacitación que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 64. Especifique el status que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



**Ciudad
de Progreso**



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA COMPROMISO PARA USUARIO CON CRISIS

El/La suscrito(a) C. _____, con discapacidad _____, con domicilio en _____ y número telefónico _____, me identifico con _____, expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

1. Mi hijo que padece crisis de ANSIEDAD, mismas que pueden presentarse en cualquier momento, por lo cual al hacer uso de los servicios otorgados por la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, deslindo al SMDIF de cualquier responsabilidad en caso de un accidente que pueda presentarse dentro de las instalaciones del Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral, a causa de mi condición.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a _____

C. _____

Nombre y firma

FORM.1079/SMDIF/0715



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
444452

Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE CARTA COMPROMISO PARA USUARIO CON CRISIS

| | |
|----|--|
| 1. | Nombre de la persona de la carta compromiso para usuarios con crisis |
| 2. | Especifique la Discapacidad que tiene la persona de la carta compromiso para usuarios con crisis |
| 3. | Especifique el domicilio de la persona de la carta compromiso para usuarios con crisis |
| 4. | Especifique número de teléfono de la persona de la carta compromiso para usuarios con crisis |
| 5. | Especifique la identificación oficial de la persona de la carta compromiso para usuarios con crisis |
| 6. | Especifique que institución oficial expide la identificación de la persona de la carta compromiso para usuarios con crisis |
| 7. | Especifique desde cuando está inscrito(a) la fecha |
| 8. | Fecha de llenado de la Inscripción de la persona que se va inscribir |
| 9. | Firme el formado carta compromiso |



Ciudad
de Progreso



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA COMPROMISO DE BOLSA DE TRABAJO

El/La suscrito(a) C. _____, con
discapacidad _____, domicilio en _____,
número telefónico _____, me identifico con _____,
_____ expedida por _____,
_____ y manifiesto de conformidad lo siguiente:

1. Me encuentro inscrito(a) desde el día _____ del mes _____ del _____ en la Bolsa de Trabajo que ofrece la Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables del SMDIF, con la finalidad de lograr la inserción laboral.
2. Estar enterado que el trámite de inscripción a la Bolsa de Trabajo que ofrece la Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables del SMDIF, es totalmente gratuito.
3. Comprometerme a la entrega de los documentos solicitados para mi inscripción, en el entendido de que falta de algunos de ellos imposibilitará mi alta en la Bolsa de Trabajo, por lo cual no podré integrarme al proceso de inclusión laboral.
4. Atender y seguir las indicaciones requeridas por el analista en su plan de acción, ya que las mismas se elaboradas con base al proceso de inclusión laboral. En el entendido de que no cumplir con las estrategias especificadas, será dado de Baja de la Bolsa de trabajo de inclusión laboral.
5. Aceptar que se comparta mi información con el objetivo de lograr la inclusión laboral.
6. Asistir de manera puntual y bien presentado a las entrevistas de trabajo que se agenden, en caso de no hacerlo será dado de baja de la Bolsa de Trabajo.
7. Avisar, al momento de ser incluido laboralmente.

FORM.944/SMDIF/0315



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

Av. 11 Sur s/n. 4ª. Sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

iso del taller de inclusión laboral



8. Actualizar mis datos de contacto cuando sea necesario, ya que en caso de ser contactado y los datos no fueran correctos seré dado de baja de la Bolsa de Trabajo.
9. Responder al proceso de seguimiento.
10. Continuar en la búsqueda de vacantes y reportar en caso de localizar vacantes acorde a mi perfil, con el fin de generar mayor fluidez y mayores oportunidades de incorporarme pronto a la vida laboral.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a _____

C. _____

Nombre y firma

FORM.944/SMDIF/0315



Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO DE CARTA COMPROMISO DE BOLSA DE TRABAJO

| | |
|----|--|
| 1. | Nombre de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 2. | Especifique la Discapacidad que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 3. | Especifique el domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 4. | Especifique número de teléfono de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 5. | Especifique la identificación oficial de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 6. | Especifique que institución oficial expide la identificación de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 7. | Especifique desde cuando está inscrito(a) la fecha a la bolsa de trabajo |
| 8. | Fecha de llenado de la Inscripción de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 9. | Firme el formado carta compromiso a la bolsa de trabajo |



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA COMPROMISO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN LABORAL

El/La suscrito(a) C. _____, con discapacidad _____, domicilio en _____, número telefónico _____, me identifico con _____, expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

1. Me encuentro inscrito(a) desde el día _____ del mes _____ del _____ en el Taller de inclusión laboral _____ que ofrece la Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables del SMDIF, con la finalidad de lograr la inserción laboral.
2. Conocer que el costo del Taller de Capacitación Laboral es de \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) mensuales y que deberé realizar el pago y entregar la ficha correspondiente a más tardar los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes, en caso contrario, no podré ingresar al Taller de Capacitación.
3. Asistir de manera puntual y constante a las clases, conforme al calendario de actividades aprobado y en el horario asignado.
4. Cubrir un 80% de asistencia mínima requerida del total de las clases impartidas para tener derecho a la constancia. En caso de ausencia, sólo se aceptarán justificantes médicos.
5. Ser puntual con la hora de entrada y salida, por lo que sólo habrá 15 minutos de tolerancia para ambas, en caso de no respetarse este horario contará como falta.
6. Respetar las reglas que cada tallerista establezca, así como aquellas que emita la Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables a través del Departamento de Sensibilización e Inclusión Social.



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
8 4 4 4 3 2

Av. 11 Sur s/n, 4ª. Sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO DE CARTA COMPROMISO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN LABORAL

| | |
|----|--|
| 1. | Nombre de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 2. | Especifique la Discapacidad que tiene la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 3. | Especifique el domicilio de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 4. | Especifique número de teléfono de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 5. | Especifique la identificación oficial de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 6. | Especifique que institución oficial expide la identificación de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 7. | Especifique desde cuando está inscrito(a) la fecha a la bolsa de trabajo |
| 8. | Fecha de llenado de la Inscripción de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |
| 9. | Firme el formado carta compromiso a la bolsa de trabajo |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



Ciudad de Progreso



*Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral*

Aviso de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| DATOS | |
|-------------------|---------------------|
| Nombre: | Folio BT Usuario: |
| Discapacidad: | Fecha de Inclusión: |
| Empresa: | Folio Empresa: |
| Giro: | Estatus: |
| Jefe (a) Directo: | Teléfono: |

| | Usuario | Empresa |
|-----------------------|---------|----------------------|
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



**Ciudad
de Progreso**



| Problemática | Usuario | Empresa |
|-----------------------|----------------------|---------|
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | A quién se contactó: | |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de Solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | A quién se contactó: | |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |



FORM.929/SMDIF/0215

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| |
|---|
| 1. Nombre de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 2. Discapacidad de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 3. Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 4. Giro de la Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 5. Especifique el jefe directo de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 6. Folio BT Usuario que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 7. Fecha de Inclusión de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 8. Observaciones de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 9. A quien contacto la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 10. Problemática de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 11. Propuesta de solución de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 12. Resultados obtenidos de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para la inclusión laboral a Instituciones Públicas o Privadas. |
| Objetivo: | Capacitar a las Instituciones en el proceso de inserción laboral con el fin de garantizar la inclusión laboral de la Persona Discapacidad. |
| Fundamento Legal: | <p>Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I.</p> <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.</p> <p>Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser una empresa legalmente constituida. 2. Mostrar interés en la inclusión laboral y las modificaciones necesarias para realizarlas. 3. Tener claro que en el proceso de inclusión laboral la persona incluida deberá tener los mismos derechos y obligaciones que un trabajador regular. 4. Compromiso de permitir la capacitación de los trabajadores regulares enfocada al proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad. 5. Emisión de carta con las características necesarias para medio de verificación de la inclusión laboral 6. Compromiso de permitir proceso de seguimiento o retroalimentación para vigilar el proceso de inclusión laboral. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 1 mes. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

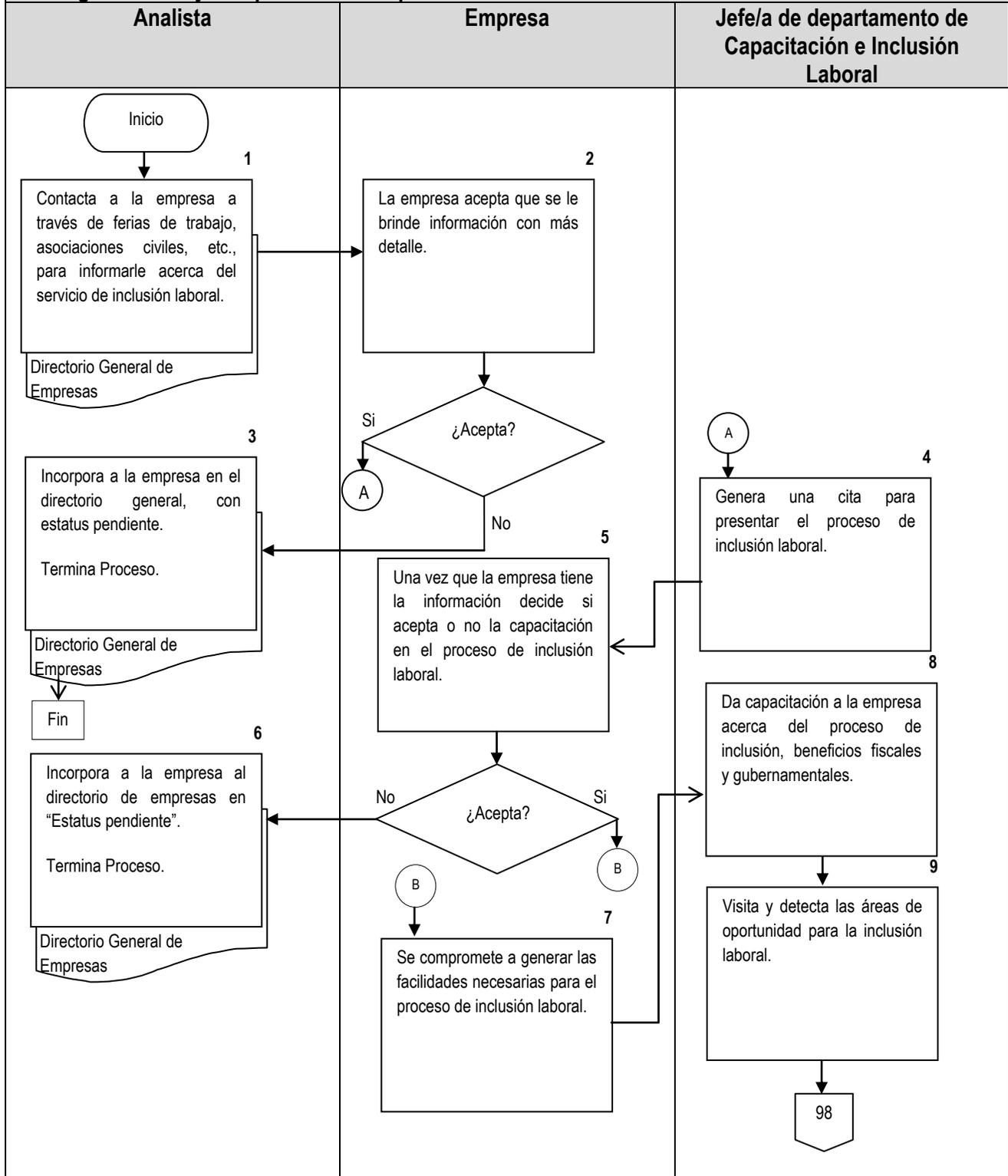
| Descripción del Procedimiento: Para la inclusión laboral a Instituciones Públicas o Privadas | | | | |
|---|------------|--|--------------------------------|--------------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Analista | 1 | Contacta a la empresa a través de ferias de trabajo, asociaciones civiles, etc., para informarle acerca del servicio de inclusión laboral. | Directorio General de Empresas | Original archivo digital |
| Empresa | 2 | La empresa acepta que se le brinde información con más detalle. • Si acepta continua en la actividad Núm. 4, en caso contrario: | | |
| Analista | 3 | Incorpora a la empresa en el directorio general, con estatus pendiente. Termina Proceso. | Directorio General de Empresas | Original archivo digital |
| Jefe/a de departamento de Capacitación e Inclusión Laboral | 4 | Genera una cita para presentar el proceso de inclusión laboral. | | |
| Empresa | 5 | Una vez que la empresa tiene la información decide si acepta o no la capacitación en el proceso de inclusión laboral. • Si acepta continua en la actividad Núm. 7, en caso contrario: | | |
| Analista | 6 | Incorpora a la empresa al directorio de empresas en "Estatus pendiente". Termina Proceso. | Directorio General de Empresas | Original archive digital |
| Empresa | 7 | Se compromete a generar las facilidades necesarias para el proceso de inclusión laboral. | | |
| Jefe/a de departamento de Capacitación e Inclusión Laboral | 8 | Da capacitación a la empresa acerca del proceso de inclusión, beneficios fiscales y gubernamentales. | | |
| | 9 | Visita y detecta las áreas de oportunidad para la inclusión laboral. | | |

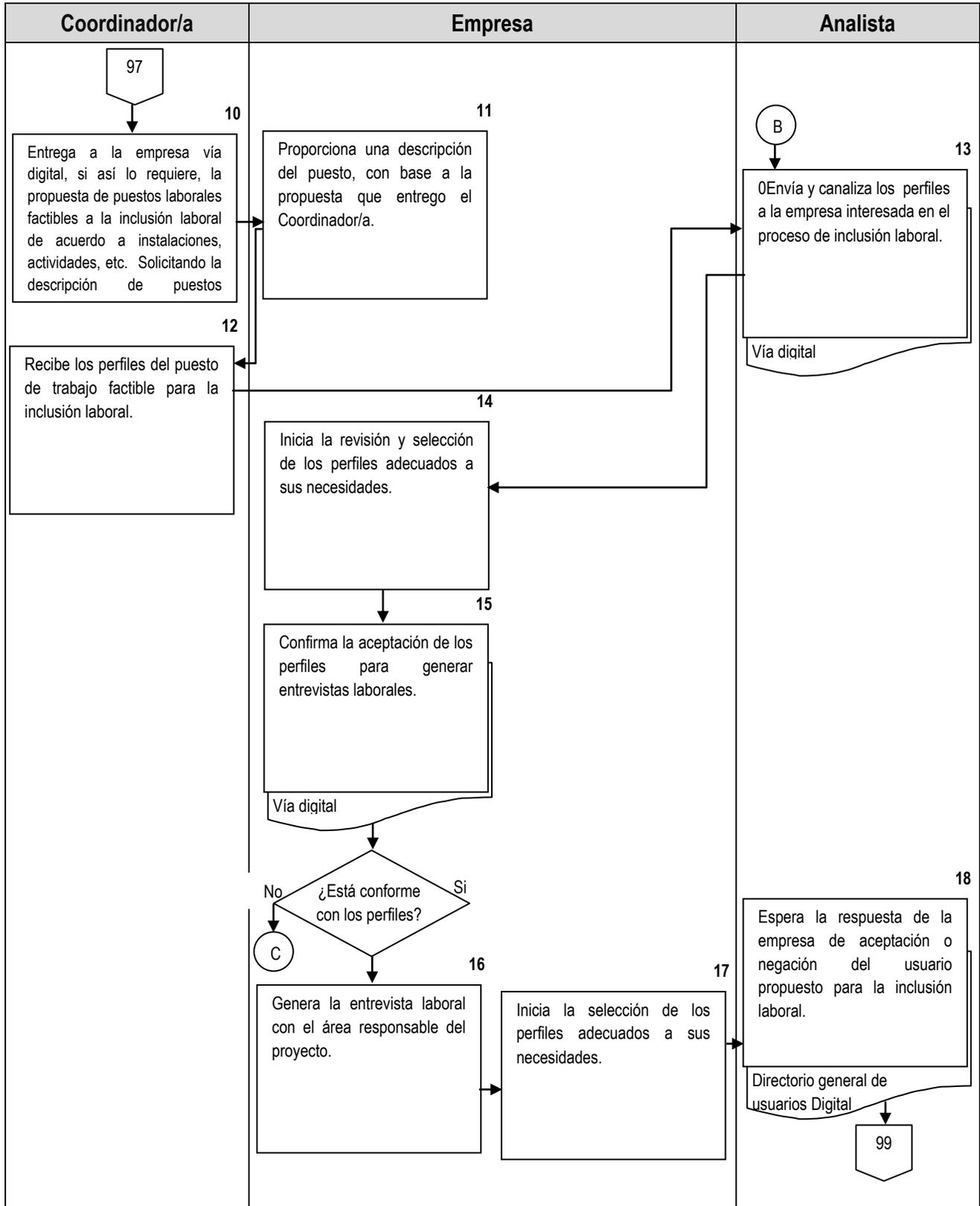
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|---------------|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Coordinador/a | 10 | Entrega a la empresa vía digital, si así lo requiere, la propuesta de puestos laborales factibles a la inclusión laboral de acuerdo a instalaciones, actividades, etc. Solicitando la descripción de puestos factibles de inclusión laboral. | | |
| Empresa | 11 | Proporciona una descripción del puesto, con base a la propuesta que entrego el Coordinador/a. | | |
| Coordinador/a | 12 | Recibe los perfiles del puesto de trabajo factible para la inclusión laboral. | | |
| Analista | 13 | Envía y canaliza los perfiles a la empresa interesada en el proceso de inclusión laboral. | | |
| Empresa | 14 | Inicia la revisión y selección de los perfiles adecuados a sus necesidades. | | |
| Empresa | 15 | Confirma la aceptación de los perfiles para generar entrevistas laborales. • Si no está conforme con los perfiles, se regresa a la actividad Núm. 13, en caso contrario: | | |
| Empresa | 16 | Genera la entrevista laboral con el área responsable del proyecto. | | |
| Empresa | 17 | Inicia la selección de los perfiles adecuados a sus necesidades. | | |
| Analista | 18 | Espera la respuesta de la empresa de aceptación o negación del usuario propuesto para la inclusión laboral. | Directorio General de Usuarios | Original en archive digital |
| Empresa | 19 | Comunica la respuesta al Departamento. | | |

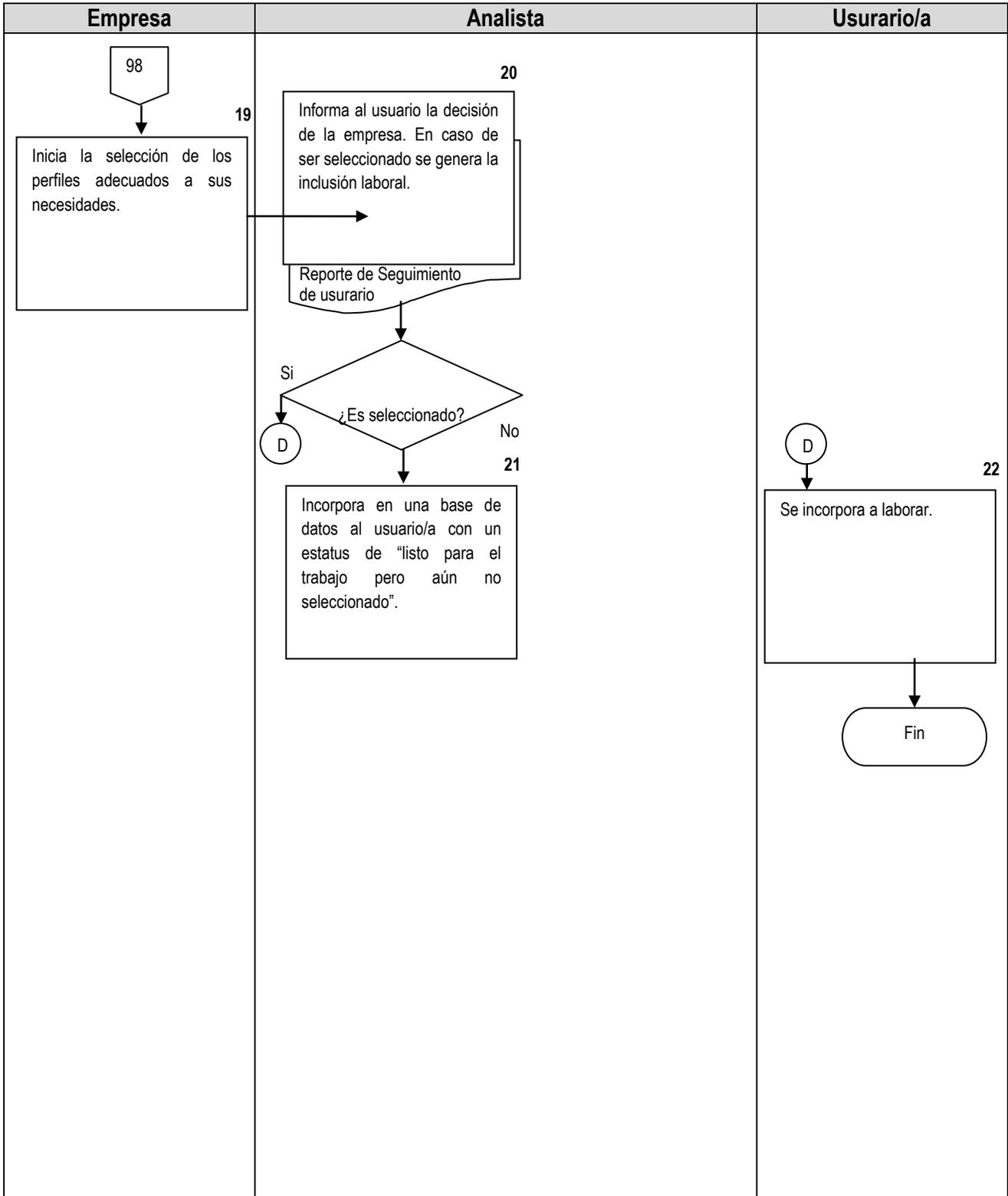
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|-------------|-----|---|---|----------|
| Analista | 20 | Informa al usuario la decisión de la empresa. En caso de ser seleccionado se genera la inclusión laboral. <ul style="list-style-type: none"> • Si es seleccionado continua en la actividad Núm. 22, en caso contrario: | Reporte de Seguimiento de Usuario y Empresa FORM.929/SMDIF/0215 | Original |
| Analista | 21 | Incorpora en una base de datos al usuario/a con un estatus de "listo para el trabajo pero aún no seleccionado". | | |
| Usuario/a | 22 | Se incorpora a laborar. Termina Proceso. | | |

Diagrama de flujo del procedimiento para la inclusión laboral a Instituciones Públicas o Privadas







| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



**Ciudad
de Progreso**



*Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral*

Aviso de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| DATOS | |
|-------------------|---------------------|
| Nombre: | Folio BT Usuario: |
| Discapacidad: | Fecha de Inclusión: |
| Empresa: | Folio Empresa: |
| Giro: | Estatus: |
| Jefe (a) Directo: | Teléfono: |

| | Usuario | Empresa |
|-----------------------|---------|----------------------|
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



Ciudad
de Progreso



| Problemática | Usuario | Empresa |
|-----------------------|----------------------|---------|
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | A quién se contactó: | |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de Solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | A quién se contactó: | |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

FORM.929/SMDIF/0215

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| |
|---|
| 1. Nombre de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 2. Discapacidad de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 3. Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 4. Giro de la Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 5. Especifique el jefe directo de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 6. Folio BT Usuario que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 7. Fecha de Inclusión de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 8. Observaciones de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 9. A quien contacto la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 10. Problemática de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 11. Propuesta de solución de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 12. Resultados obtenidos de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|----------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para los talleres de capacitación laboral. |
| Objetivo: | Proporcionar herramientas que brinden mayores y mejores oportunidades laborales. |
| Fundamento Legal: | <p>Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I.</p> <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.</p> <p>Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio es para personas con de discapacidad, entre 18 y 50 años, con actitud al trabajo y habilidades para desarrollarlo. Que pertenezcan a los grupos de Discapacidad sensorial, motriz o intelectual leve. 2. Las personas con discapacidad deben presentar su solicitud de inscripción. 3. Deberán completar los documentos requeridos para su expediente <ol style="list-style-type: none"> a. Solicitud de empleo elaborada o CV b. 1 Fotografía Los siguientes documento en copia c. Acta de nacimiento. d. Identificación oficial. e. Comprobante domiciliario (no mayor a tres meses de antigüedad). f. Credencial Nacional de discapacidad. g. CURP h. 2 Cartas de recomendación. i. Diagnóstico médico. j. Copia de afiliación a seguridad social. k. Copia del último certificado de estudios. l. Valoración psicológica 4. Se elabora el plan de acción personalizado del usuario para la inclusión laboral haciendo de conocimiento al mismo, para su integración al programa de inclusión laboral. 5. Para integrarse a cualquier taller de capacitación laboral deberá haber realizado el proceso de inclusión laboral hasta el paso 10. 6. Atender a las indicaciones del programa del taller de capacitación 7. Firma de la carta compromiso y reglamento del Taller de capacitación laboral. 8. El usuario para incorporarse a los talleres deberá cubrir la cuota establecida, en los primeros 5 días hábiles de cada mes, de no hacerlo, no se le permitirá el acceso a los talleres. 9. El usuario ya incorporado a los talleres deberá asistir los días programas ya |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|--|
| | establecidos, en caso de tener un 20% de inasistencia injustificada, se le dará de baja en el proceso. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | De un mes a tres meses aproximadamente. |

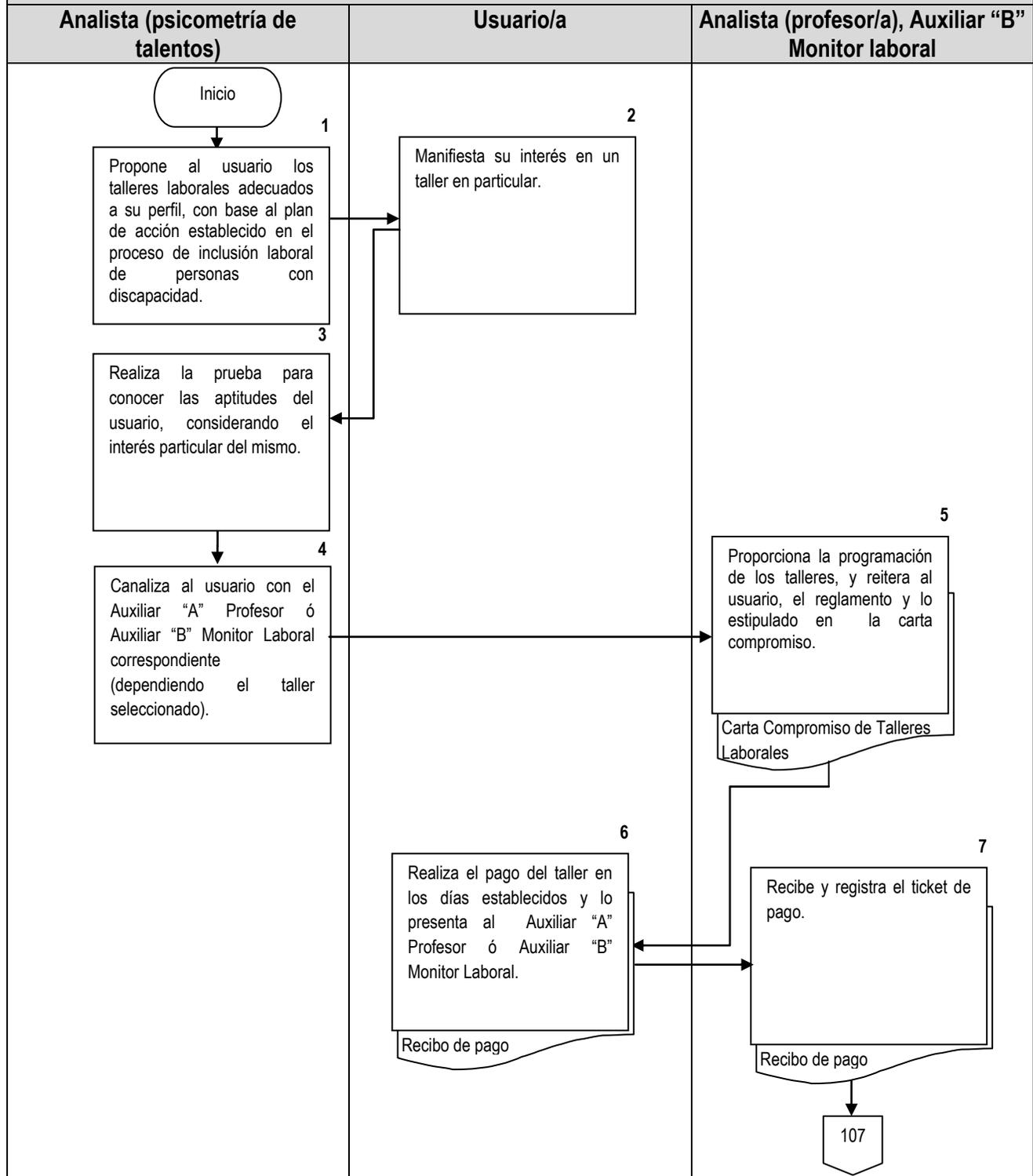
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

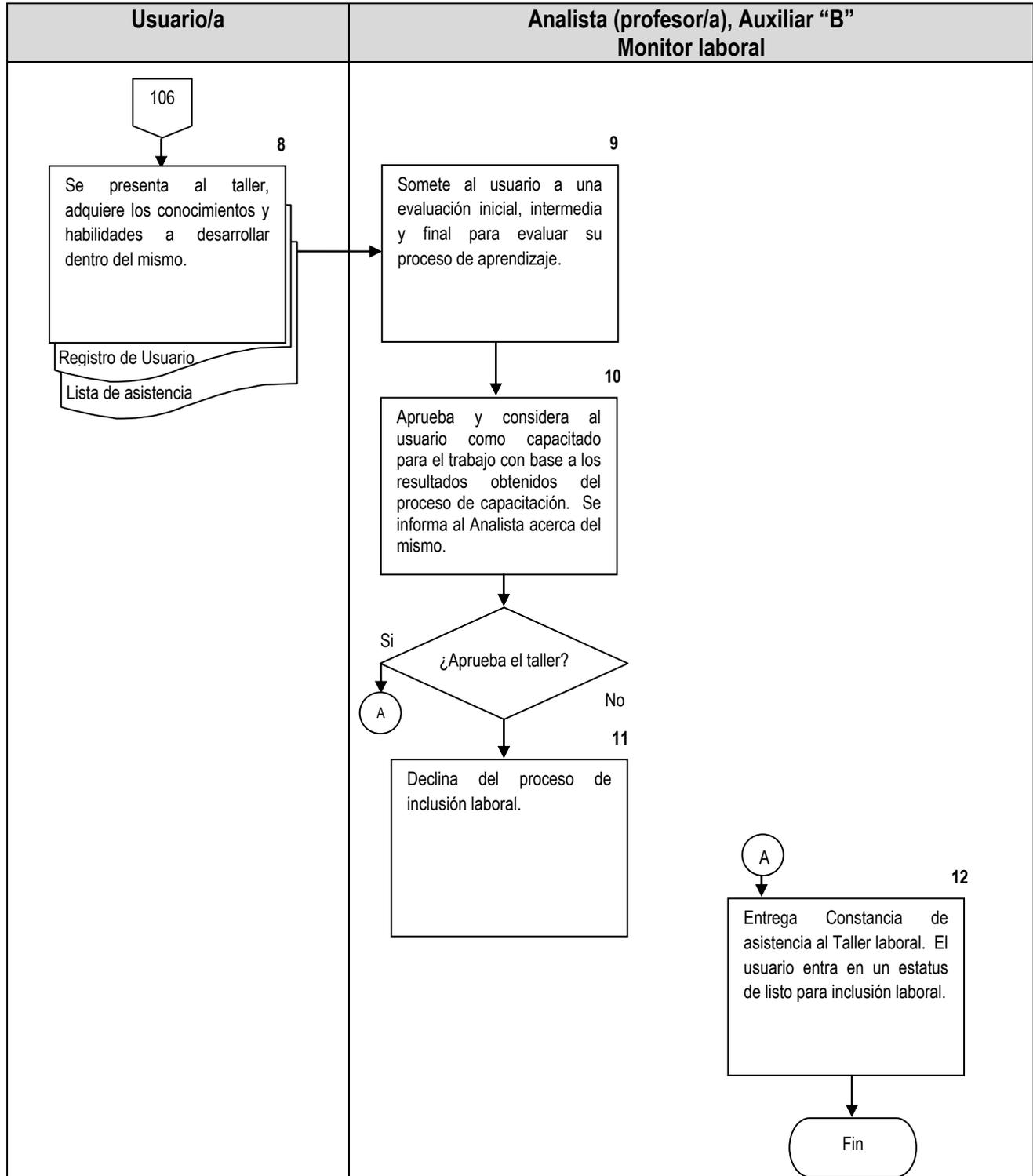
| Descripción del Procedimiento: Para los talleres de capacitación laboral | | | | |
|---|------------|--|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Analista (psicometría de talentos) | 1 | Propone al usuario/a los talleres laborales adecuados a su perfil, con base al plan de acción establecido en el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad. | | |
| Usuario/a | 2 | Manifiesta su interés en un taller en particular. | | |
| Analista (psicometría de talentos) | 3 | Realiza la prueba para conocer las aptitudes del usuario/a, considerando el interés particular del mismo. | | |
| | 4 | Canaliza al usuario/a con analista Profesor o Auxiliar "B" Monitor Laboral correspondiente (dependiendo el taller seleccionado). | | |
| Analista (profesor/a) Auxiliar "B" Monitor laboral | 5 | Proporciona la programación de los talleres y reitera al usuario/a, el reglamento y lo estipulado en la carta compromiso. | Carta Compromiso de Talleres de Capacitación Laboral FORM.928/ SMDIF/0215 | Original |
| Usuario/a | 6 | Realiza el pago del taller en los días establecidos y lo presenta al Auxiliar "A" Profesor o Auxiliar "B" Monitor Laboral | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Original |
| Analista (profesor/a) Auxiliar "B" Monitor laboral | 7 | Recibe y registra el ticket de pago | Recibo de pago FORM.551-B/ SMDIF/0916 | Copia |
| Usuario/a | 8 | Se presenta al taller, adquiere los conocimientos y habilidades a desarrollar dentro del mismo. | Registro de usuarios FORM.1304/ SMDIF/0215 Lista de asistencia FORM.1077/ SMDIF/0715 | Original |
| Analista (profesor/a) Auxiliar "B" Monitor laboral | 9 | Somete al usuario/a a una evaluación inicial, intermedia y final para evaluar su proceso de aprendizaje. | | |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|---|------------|--|----------------------------|---------------|
| Analista (profesor/a) Auxiliar "B" Monitor laboral | 10 | Aprueba y considera al usuario/a como capacitado para el trabajo con base a los resultados obtenidos del proceso de capacitación. Se informa al Analista acerca del mismo. <ul style="list-style-type: none"> • Si aprueba el taller continua en la actividad Núm. 12, en caso contrario: | | |
| | 11 | Declina el proceso de inclusión laboral. | | |
| | 12 | Entrega Constancia de asistencia al Taller laboral. El usuario entra en un estatus de listo para inclusión laboral. Termina procedimiento. | Constancia de asistencia | Original |

Diagrama de flujo del Procedimiento para los talleres de capacitación laboral





CARTA-COMPROMISO-DE-TALLERES-DE-CAPACITACIÓN-LABORAL

El/La suscrito(a) C. _____, con discapacidad _____, domicilio en _____, número telefónico _____, me identifico con _____, expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

- 1.- Me encuentro inscrito(a) desde el día _____ del mes _____ del _____ en el Taller de inclusión laboral _____ que ofrece la Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables del SMDIF, con la finalidad de lograr la inserción laboral.
- 2.- Conocer que el costo del Taller de Capacitación Laboral es de \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) mensuales y que deberé realizar el pago y entregar la ficha correspondiente a más tardar los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes, en caso contrario, no podré ingresar al Taller de Capacitación.
- 3.- Asistir de manera puntual y constante a las clases, conforme al calendario de actividades aprobado y en el horario asignado.
- 4.- Cubrir un 80% de asistencia mínima requerida del total de las clases impartidas para tener derecho a la constancia. En caso de ausencia, sólo se aceptarán justificantes médicos.
- 5.- Ser puntual con la hora de entrada y salida, por lo que sólo habrá 15 minutos de tolerancia para ambas, en caso de no respetarse este horario contará como falta.
- 6.- Respetar las reglas que cada tallerista establezca, así como aquellas que emita la Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables a través del Departamento de Sensibilización e Inclusión Social.



- 7.- Informar a la Jefatura de Sensibilización e Inclusión Social, si tomo algún medicamento, de lo contrario al omitir dicha información, se me dará de baja.
- 8.- El tallerista tiene prohibido el suministro de medicamentos hacia el usuario durante el horario de capacitación, en caso de ser necesario deberá el usuario proveérselo y tendrá que presentar la receta médica que lo justifique.
- 9.- En caso de no asistir al taller de capacitación por enfermedad o causa de fuerza mayor, avisar anticipadamente a la Jefatura de Sensibilización e Inclusión Social o al maestro que imparte el taller.
- 10.- Presentarme aseado, con uñas cortas, bien peinado (mujeres con cabello recogido y hombres con cabello corto).
- 11.- Presentarme desayunado(a), ya que sólo se darán 10 minutos para ingerir un refrigerio ligero.
- 12.- Cuidar y mantener ordenadas y limpias las instalaciones y el material de trabajo, durante y después del taller de capacitación.
- 13.- Guardar respeto, buen comportamiento y obediencia a las indicaciones del tallerista y un trato amable y cordial con los compañeros y personal del SMDIF, de lo contrario de acuerdo a la falta cometida se me sancionará.
- 14.- Cumplir con todos los trabajos y tareas que el tallerista asigne.
- 15.- Respetar el método de evaluación de los talleristas.
- 16.- Tener derecho a recibir un trato amable, respetuoso y sin discriminación por parte del tallerista, de los compañeros y personal del SMDIF. En caso contrario, informar a la Jefatura de Sensibilización e Inclusión Social para llevar a cabo las medidas pertinentes.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a _____

C. _____
Nombre y firma

FORM-928/SMDIF/02159

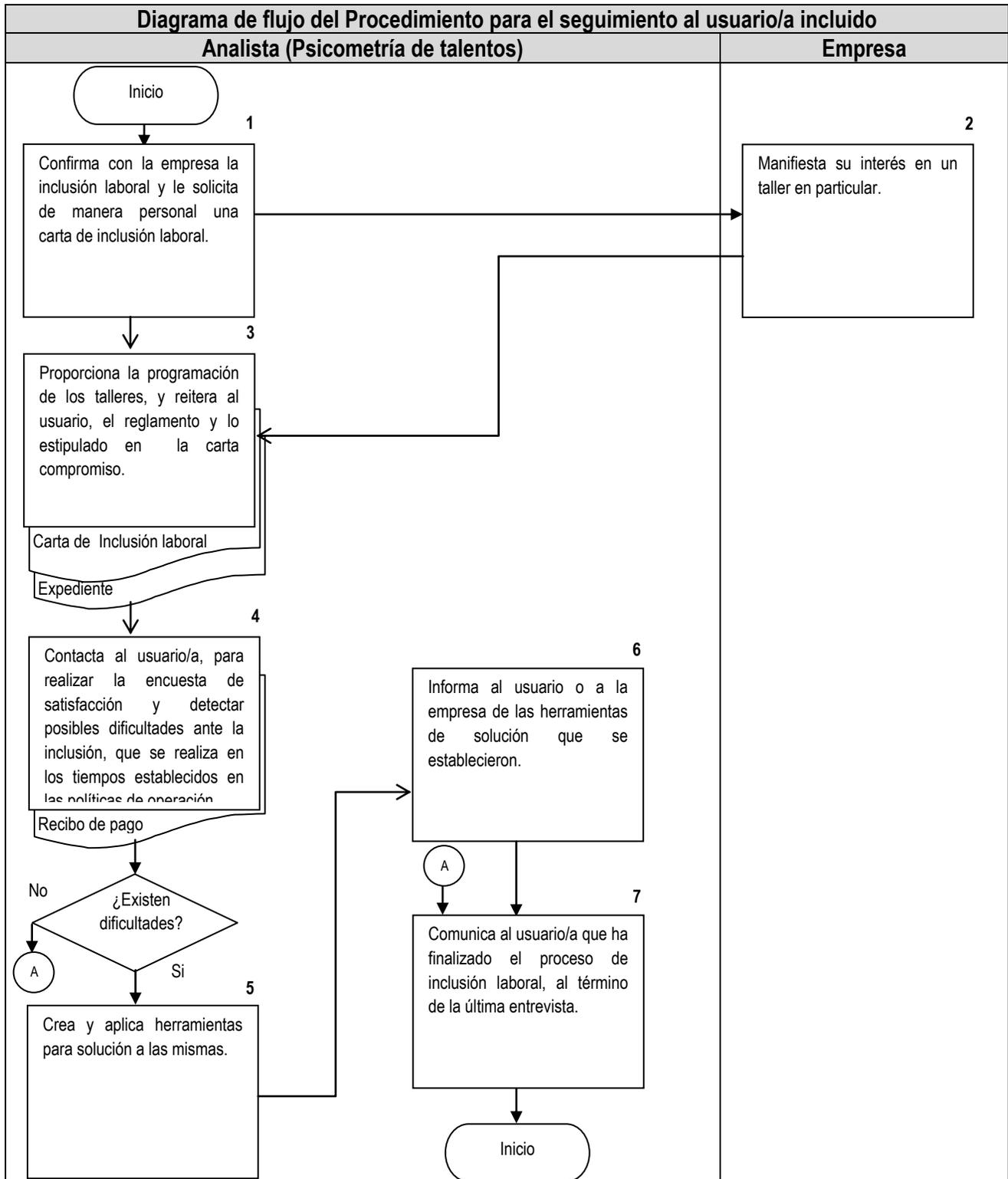


| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para el seguimiento al usuario/a incluido. |
| Objetivo: | Detectar y solucionar posibles problemáticas que pudieran afectar a la inserción laboral. |
| Fundamento Legal: | <p>Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I.</p> <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.</p> <p>Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Haber completado todo el proceso de inclusión laboral 2. Dar respuesta al formato de reporte de seguimiento a la inclusión laboral. 3. Atender a las sugerencias realizadas por medio del procedimiento de seguimiento. 4. Aplicar el formato de seguimiento a la inclusión |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 1 mes. |

Descripción del Procedimiento: Para el seguimiento al usuario/a incluido.

| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
|---------------------------------------|-----|--|--|----------|
| Analista (Psicometría de talentos) | 1 | Confirma con la empresa la inclusión laboral y le solicita de manera personal una carta de inclusión laboral. | | |
| Empresa | 2 | Entrega la carta de inclusión laboral. | | |
| Analista (Psicometría de talentos) | 3 | Recibe la carta de inclusión laboral, para que se integre al expediente del usuario. | Carta de Inclusión laboral/ Expediente | Original |
| | 4 | Contacta al usuario/a vía telefónica, para realizar la encuesta de satisfacción y detectar posibles dificultades ante la inclusión, que se realiza en los tiempos establecidos en las políticas de operación. • Si no existen dificultades continua en la actividad Núm. 7 en caso contrario: | Reporte de Seguimiento de Usuario y Empresa FORM.929/ SMDIF/2015 | Original |
| | 5 | Crea y aplica herramientas para solución a las mismas. | | |
| | 6 | Informa al usuario o a la empresa de las herramientas de solución que se establecieron. | | |
| | 7 | Comunica al usuario/a que ha finalizado el proceso de inclusión laboral, al término de la última entrevista. Termina Proceso. | | |





**Ciudad
de Progreso**



*Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral*

Aviso de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| DATOS | |
|-------------------|---------------------|
| Nombre: | Folio BT Usuario: |
| Discapacidad: | Fecha de Inclusión: |
| Empresa: | Folio Empresa: |
| Giro: | Estatus: |
| Jefe (a) Directo: | Teléfono: |

| | Usuario | Empresa |
|-----------------------|---------|----------------------|
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |



Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



Ciudad
de Progreso



| | | |
|-----------------------|----------------|----------------------|
| Problemática | | |
| | Usuario | Empresa |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de Solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

FORM.929/SMDIF/0215

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

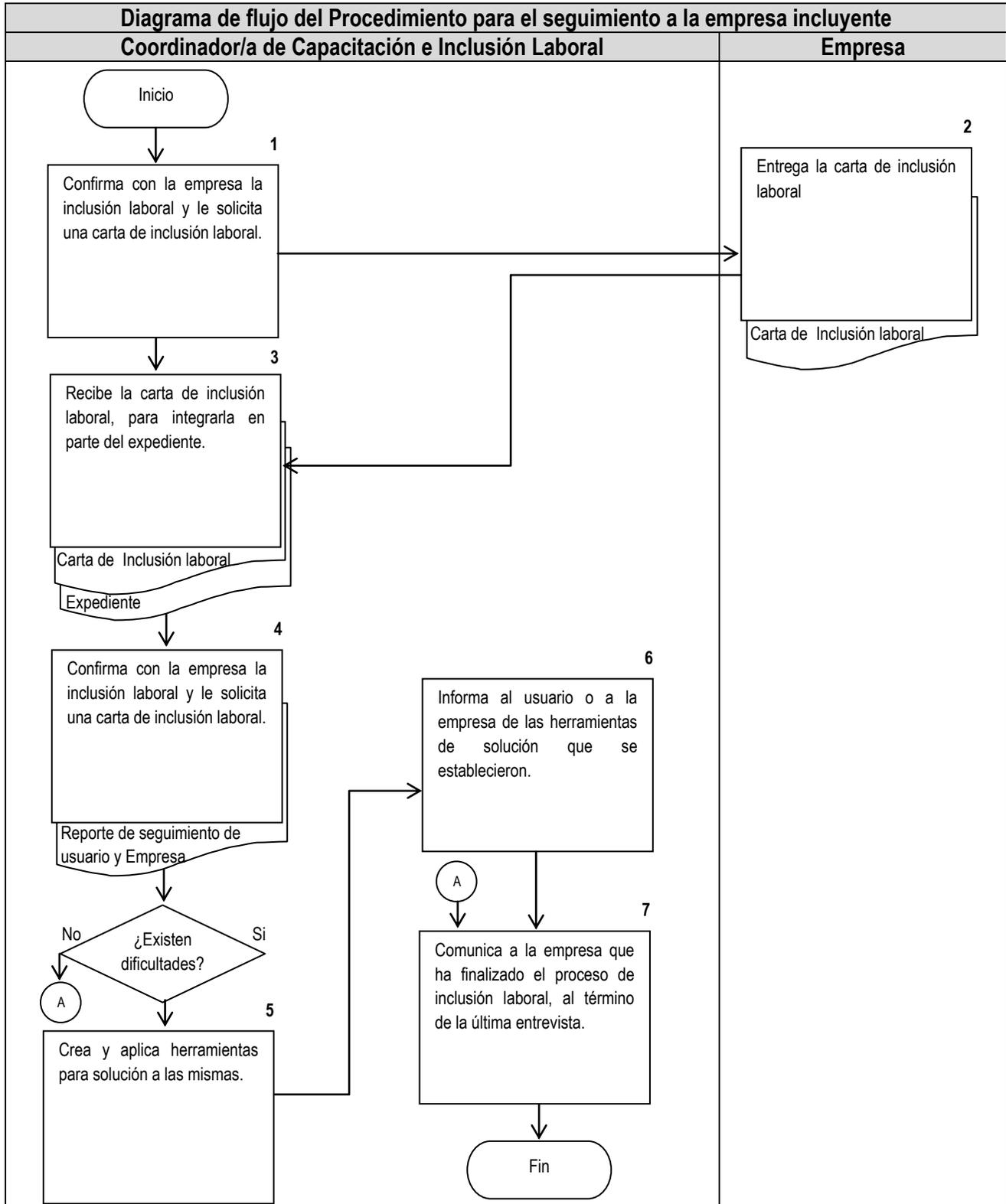
| | |
|-----|--|
| 1. | Nombre de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 2. | Discapacidad de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 3. | Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 4. | Giro de la Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 5. | Especifique el jefe directo de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 6. | Folio BT Usuario que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 7. | Fecha de Inclusión de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 8. | Observaciones de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 9. | A quien contacto la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 10. | Problemática de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 11. | Propuesta de solución de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 12. | Resultados obtenidos de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para el seguimiento a la empresa incluyente. |
| Objetivo: | Detectar y solucionar posibles problemáticas que pudieran afectar a la inserción laboral. |
| Fundamento Legal: | <p>Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I.</p> <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.</p> <p>Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Haber completado todo el proceso de inclusión laboral 2. Dar respuesta al formato de reporte de seguimiento a la inclusión laboral. 3. Atender a las sugerencias realizadas por medio del procedimiento de seguimiento. 4. Aplicar el formato de seguimiento a la inclusión. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 1 mes. |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para el seguimiento a la empresa incluyente. | | | | |
|--|------------|--|--|----------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Coordinador/a de Capacitación e Inclusión Laboral | 1 | Confirma con la empresa la inclusión laboral y le solicita una carta de inclusión laboral. | | |
| Empresa | 2 | Entrega la carta de inclusión laboral | Carta de inclusión laboral | Original copia |
| Coordinador/a de Capacitación e Inclusión Laboral | 3 | Recibe la carta de inclusión laboral, para integrarla en parte del expediente. | Carta de inclusión laboral/ Expediente | Original |
| | 4 | Contacta al jefe inmediato o responsable del proyecto vía telefónica o correo electrónico, para realizar la encuesta de satisfacción y detectar posibles dificultades ante la inclusión, que se realiza en los tiempos establecidos en las políticas de operación. • Si no existen dificultades continua en la actividad Núm. 7, en caso contrario: | Reporte de Seguimiento de Usuario y Empresa FORM.929/ SMDIF/0215 | Original |
| | 5 | Crea y aplica herramientas para solución a las mismas. | | |
| | 6 | Informa al usuario o a la empresa de las herramientas de solución que se establecieron. | | |
| | 7 | Comunica a la empresa que ha finalizado el proceso de inclusión laboral, al término de la última entrevista. Termina Proceso. | | |





**Manual de Procedimientos
de la Dirección de Atención
a Personas con
Discapacidad**

Clave: **MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067**

Fecha de elaboración: **14/10/2016**

Núm. de revisión: **01**



**Ciudad
de Progreso**



*Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral*

Aviso de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| DATOS | |
|-------------------|---------------------|
| Nombre: | Folio BT Usuario: |
| Discapacidad: | Fecha de Inclusión: |
| Empresa: | Folio Empresa: |
| Giro: | Estatus: |
| Jefe (a) Directo: | Teléfono: |

| | Usuario | Empresa |
|-----------------------|---------|----------------------|
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| | | |



**QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
8 4 4 5 2**

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |



**Ciudad
de Progreso**



| | | |
|-----------------------|----------------|----------------------|
| Problemática | | |
| | Usuario | Empresa |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| Problemática | | |
| Propuesta de Solución | | |
| Resultado | | |
| Fecha | | |
| Observaciones | | A quién se contactó: |
| Problemática | | |
| Propuesta de solución | | |
| Resultado | | |



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

FORM.929/SMDIF/0215

Av. 11 Sur s/n, 4ª. sección de Bioparque de Agua Santa, Puebla, Pue. C.P. 72490 / T. (222) 241 56 09 / 129 41 72

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

| |
|---|
| 1. Nombre de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 2. Discapacidad de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 3. Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 4. Giro de la Empresa donde se incluirá a la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 5. Especifique el jefe directo de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 6. Folio BT Usuario que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 7. Fecha de Inclusión de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 8. Observaciones de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 9. A quien contacto la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 10. Problemática de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 11. Propuesta de solución de la persona que se va inscribir a al reporte de seguimiento de usuario y empresa |
| 12. Resultados obtenidos de la persona que se va inscribir a la bolsa de trabajo |

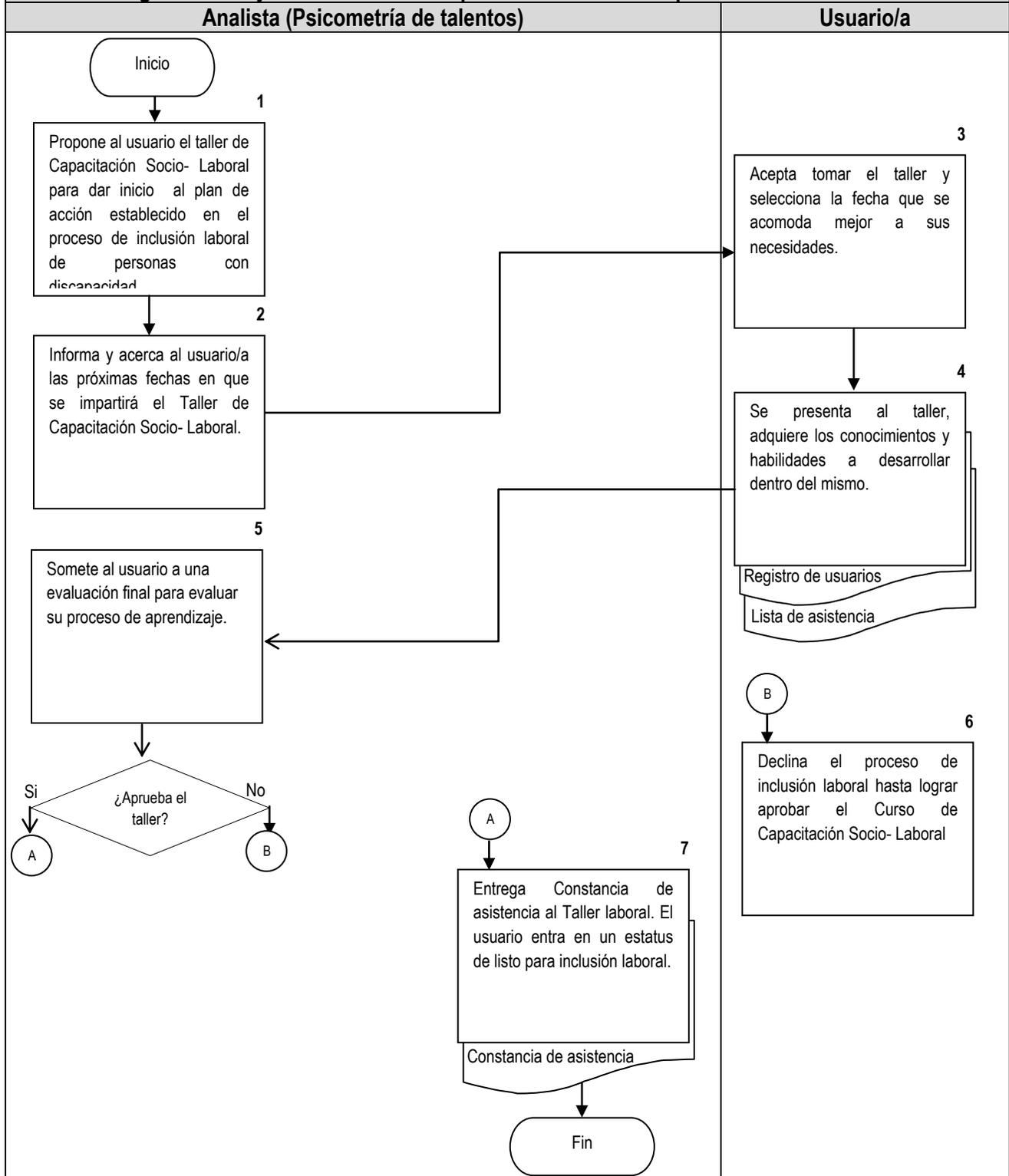
| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para los talleres de capacitación Socio- laboral |
| Objetivo: | Proporcionar herramientas habilidades para relaciones laborales sanas, que faciliten la inclusión laboral. |
| Fundamento Legal: | <p>Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I.</p> <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.</p> <p>Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estar inscrito en la bolsa de trabajo del Departamento de Capacitación e Inclusión laboral de la Dirección de atención a personas con discapacidad del SMDIF. 2. Se elabora el plan de acción personalizado del usuario para la inclusión laboral haciendo de conocimiento al mismo, para su integración al programa de inclusión laboral. 3. Para integrarse al taller de Capacitación socio-laboral deberá haber ejecutado con éxito el proceso de inscripción a la bolsa de trabajo. 4. Atender a las indicaciones del programa del taller de capacitación socio laboral 5. El Taller de Capacitación Socio- Laboral es gratuito |
| Tiempo Promedio de Gestión: | Un día |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para los talleres de capacitación Socio- laboral | | | | |
|--|------------|--|---|---------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Analista (Psicometría de talentos) | 1 | Propone al usuario/a el taller de Capacitación Socio- Laboral para dar inicio al plan de acción establecido en el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad. | | |
| | 2 | Informa y acerca al usuario/a las próximas fechas en que se impartirá el Taller de Capacitación Socio- Laboral. | | |
| Usuario/a | 3 | Acepta tomar el taller y selecciona la fecha que se acomoda mejor a sus necesidades. | | |
| | 4 | Se presenta al taller, adquiere los conocimientos y habilidades a desarrollar dentro del mismo. | Registro de usuarios FORM.1304/ SMDIF/0215 Lista de asistencia FORM.1077/ SMDIF/0715 | Originales |
| Analista (Psicometría de talentos) | 5 | Somete al usuario/a a una evaluación final para calificar su proceso de aprendizaje. • Si aprueba el taller continua en la actividad Núm. 7 en caso contrario: | | |
| Usuario/a | 6 | Declina el proceso de inclusión laboral hasta lograr aprobar el Curso de Capacitación Socio- Laboral | | |
| Analista (Psicometría de talentos) | 7 | Entrega Constancia de asistencia al Taller laboral. El usuario entra en un estatus de listo para inclusión laboral. Termina procedimiento. | Constancia de asistencia al Taller laboral | Original |

Diagrama de flujo del Procedimiento para los talleres de capacitación Socio-laboral



Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

REGISTRO DE USUARIOS

| NÚM. | FOLIO: | NOMBRE COMPLETO | EDAD | SEXO | DISCAPACIDAD | SERVICIO: |
|------|--------|-----------------|------|------|--------------|-----------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

LISTA DE ASISTENCIA

| Nombre del Servicio: | Departamento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|------------------------|------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--|
| Responsable: | Mes: Año: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No.º | Expediente o Folio | Nombre del usuario (a) | SEXO | EDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| 1a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SIMBOLOGIA | | | |
|-------------|---|------------|---|
| Asistencia | A | Falta | F |
| Baja | B | Retardo | R |
| Justificada | J | Suspensión | S |

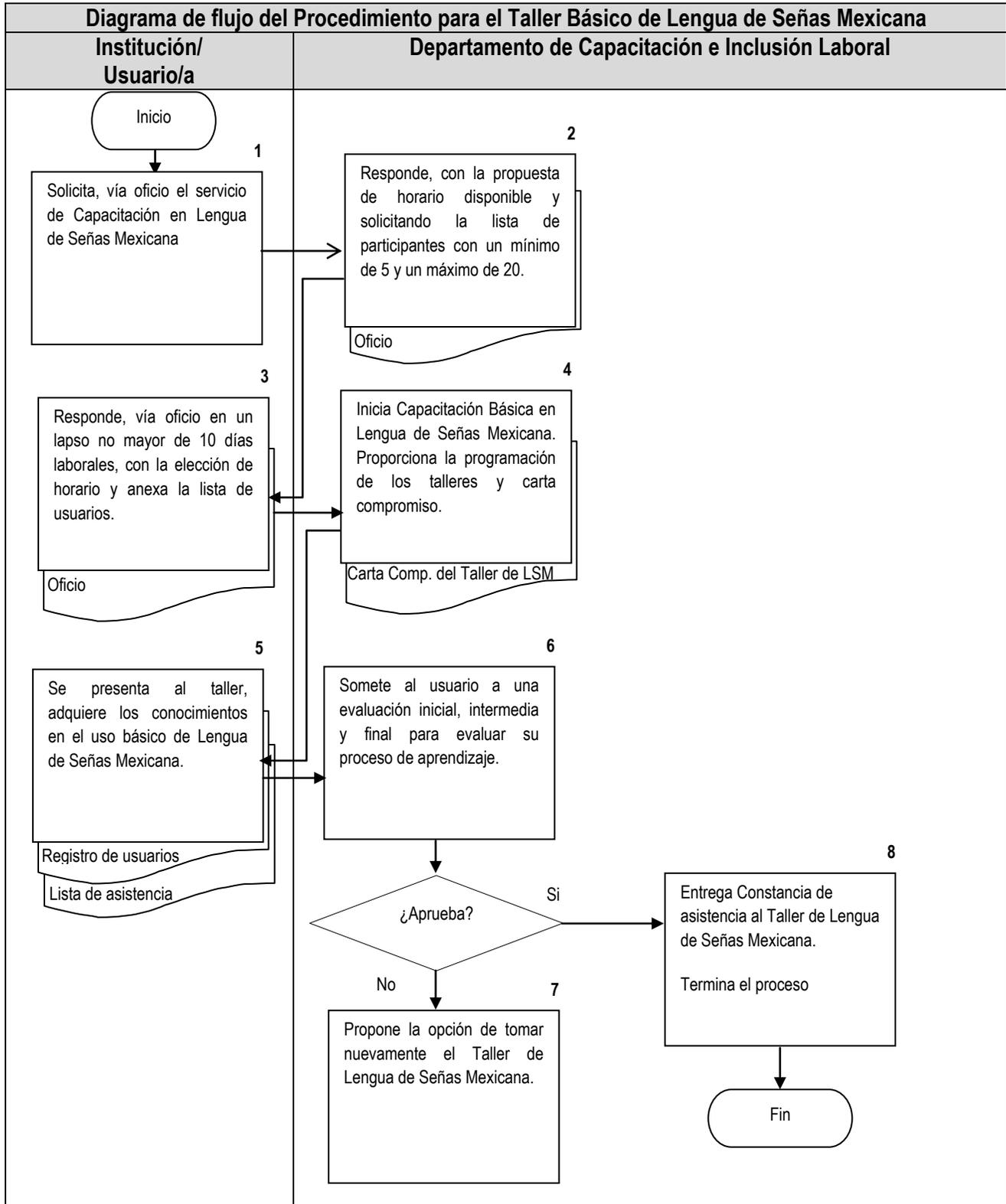
Observaciones

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre del Procedimiento: | Procedimiento para el Taller Básico de Lengua de Señas Mexicana. |
| Objetivo: | Capacitar a la población en general en el uso de Lengua de Señas Mexicana |
| Fundamento Legal: | <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 3 y 21 inciso b.</p> <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 1.</p> <p>Ley General para la inclusión de las personas con Discapacidad, Artículos 2 y 32 Facción II.</p> <p>Programa nacional para el desarrollo y la inclusión de las Personas con discapacidad 2014 – 2018, estrategia 1.7, Línea de Acción 1.7.7.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 62.</p> |
| Políticas de Operación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la Institución o la persona interesada en la capacitación solicite vía oficio el servicio del Taller Básico en lengua de señas Mexicana. 2. La Dirección de atención a Personas con Discapacidad responde, vía oficio, con la propuesta de horario disponible y solicitando la lista de participantes con un mínimo de 5 y un máximo de 20. 3. La Institución responde, vía oficio en un lapso no mayor de 10 días laborales, con la elección de horario y anexa la lista de beneficiarios. |
| Tiempo Promedio de Gestión: | 12 horas |

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

| Descripción del Procedimiento: Para el Taller Básico de Lengua de Señas Mexicana | | | | |
|---|------------|--|---|------------------|
| Responsable | No. | Actividad | Formato o Documento | Tantos |
| Institución/ Usuario/a | 1 | Solicita, vía oficio el servicio de Capacitación en Lengua de Señas Mexicana | Oficio | Original y copia |
| Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral | 2 | Responde con la propuesta de horario disponible y solicitando la lista de participantes con un mínimo de 5 y un máximo de 20. | Oficio | Original |
| Institución/ Usuario/a | 3 | Responde, vía oficio en un lapso no mayor de 10 días laborales, con la elección de horario y anexa la lista de usuarios. | Oficio | Original y copia |
| Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral | 4 | Inicia capacitación básica en Lengua de Señas Mexicana y proporciona la programación de los talleres y carta compromiso. | Carta Compromiso del Taller de LSM FORM.1080/ SMDIF/0715 | Original |
| Institución/ Usuario/a | 5 | Se presenta al taller, se registra y en la lista de asistencia. | Registro de usuarios FORM.1304/ SMDIF/0215 Lista de asistencia FORM.1077/ SMDIF/0715 | Original |
| Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral | 6 | Somete al usuario a una evaluación inicial, intermedia y final para evaluar su proceso de aprendizaje. • Si aprueba continua en la actividad Núm. 8, en caso contrario: | | |
| | 7 | Propone la opción de tomar nuevamente el Taller de Lengua de Señas Mexicana. | | |
| | 8 | Entrega Constancia de asistencia al Taller de Lengua de Señas Mexicana. Termina el proceso | Constancia de asistencia al Taller | Original |





Ciudad
de Progreso



Subdirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables
Departamento de Sensibilización e Inclusión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA-COMPROMISO-DEL-TALLER-DE-LSM

| | |
|-----------------------|---|
| El/La suscrita(o) C.º | |
| Edad | Área |
| Institución | manifiesto de conformidad lo siguiente: |

1. Asistir de manera puntual y constante a las clases, conforme al calendario de actividades aprobado y en el horario asignado.
2. Cubrir un 80% de asistencia mínima requerida del total de las clases impartidas para tener derecho a la constancia. En caso de ausencia, sólo se aceptarán justificantes médicos emitidos por instituciones públicas de salud.
3. En caso de tener una inasistencia me comprometo a solicitar la información que se abordó en dicha clase.
4. Ser puntual con la hora de entrada y salida; sólo habrá 10 minutos de tolerancia para ambas, en caso de no respetarse este horario, contará como falta.
5. En caso de no asistir al taller de capacitación por enfermedad o causa de fuerza mayor, avisar con anticipación a la Jefatura de Sensibilización e Inclusión Social o al maestro que imparte el taller.
6. Guardar respeto, buen comportamiento y obediencia a las indicaciones del tallerista, así como trato amable y cordial hacia los compañeros y personal del SMDIF, de lo contrario, se me sancionará de acuerdo a la falta cometida.
7. Cumplir con todos los trabajos y tareas que el tallerista asigne.
8. Uso restringido de teléfono celular (llamadas y mensajes), sólo para emergencias.
9. Respetar el método de evaluación del tallerista.

ATENTAMENTE,

Cuatro-Veces-Heroica-Puebla-de-Zaragoza, a: _____

C.º: _____

Nombre y firma

FORM.1080/SMDIF/0715



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

REGISTRO DE USUARIOS

| NÚM. | FOLIO: | NOMBRE COMPLETO | EDAD | SEXO | DISCAPACIDAD | SERVICIO: |
|------|--------|-----------------|------|------|--------------|-----------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

Cerrada Foo, I Madero No. 413., Colonia San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

FORM.1304/SMDIF/1215



Dirección de Atención a Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

LISTA DE ASISTENCIA

| Nombre del Servicio: <input type="text"/> | | Departamento: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|------------------------------------|---------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| Responsable: <input type="text"/> | | Mes: <input type="text"/> | Año: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Expediente o Folio | Nombre del usuario (a) | SEXO | EDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | |
| 1a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SIMBOLOGIA: | | | |
|-------------|---|------------|---|
| Asistencia | A | Falta | F |
| Baja | B | Retardo | R |
| Justificada | J | Suspensión | S |

Observaciones:

FORM.1077/SMDIF/0715

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

AUDIOMETRÍA.- Conjunto de procedimientos para la medida de la capacidad de audición.

CONSULTA.- Examen y atención que un médico presta a sus pacientes.

DIAGNÓSTICO.- Determinación o identificación de una enfermedad mediante el examen de los síntomas que presenta.

DISCAPACIDAD.- Es un término que engloba deficiencias, limitaciones a la actividad y restricciones a la participación, refiriéndose a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con la condición de salud) y los factores contextuales de ese mismo individuo (factores personales y ambientales) (CIF)

EQUINOTERAPIA.- Es una terapia integral empleada por profesionales de la salud, para promover la rehabilitación física o mental de niños, adolescentes y adultos a nivel neuromuscular, psicológico, cognitivo y social, por medio del caballo como herramienta terapéutica y coadyuvante.

MÉDICO.- Persona que es licenciada en medicina y que se dedica a curar o prevenir las enfermedades.

RESILIENCIA.- Capacidad del ser humano de aprender y fortalecerse de situaciones adversas.

TERAPIA FÍSICA.- Consiste en Aplicar tratamientos por medio de agentes físicos y ejercicio terapéutico para la prevención, mantenimiento y recuperación neuromusculoesquelética.

TERAPIA OCUPACIONAL.- Se trata de intervenir en el tratamiento rehabilitatorio del paciente con problemas neuromusculoesqueléticos de 45 días de edad en adelante, para mejorar sus habilidades neuromotoras y así poder aplicarlas en su vida diaria.

TERAPIA DE LENGUAJE.- Prevenir, habilitar y rehabilitar las áreas dañadas que intervienen en el proceso del pensamiento para la comunicación.

NEUROPSICOLOGÍA DEL ADULTO.- Se analizan las alteraciones de las funciones psicológicas que resultan como consecuencia de daño cerebral. Entre estas se encuentran las afasias, agnosias y apraxias y otros síndromes neuropsicológicos clásicos. Se enfatiza el desarrollo de procedimientos y técnicas para su rehabilitación.

NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL.- Se analizan las dificultades que presentan los niños en el desarrollo y formación de los procesos psicológicos, así como de las dificultades que presentan en el aprendizaje escolar. Se enfatiza la elaboración de procedimientos para el diagnóstico diferencial, así como en la elaboración de programas, técnicas y métodos que faciliten el desarrollo y la formación de los procesos psicológicos que permitan la superación de las dificultades en el aprendizaje escolar.

| | | |
|--|---|--|
|  | Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad | Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAPD067 |
| | | Fecha de elaboración: 14/10/2016 |
| | | Núm. de revisión: 01 |

MONITOR LABORAL.- Es aquel del cual depende la capacitación del usuario con discapacidad del servicio de Capacitación laboral, así como las visitas de seguimiento a la inclusión laboral, para detección y atención de necesidades del mismo proceso.