

**CONTROL DE PROGRAMAS
SISTEMA DIF MUNICIPAL**

NO. OFICIAL	NOMBRE DEL PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL	REQUISITOS	FORMATO	PRESUPUESTO EJERCIDO	NO. DE BENEFICIARIOS	VIGENCIA	
							INICIO	TERMINO
001	ATENCIÓN A LA POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)	BRINDAR APOYO Y ATENCIÓN A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL, A LA POBLACIÓN EN RIESGO O AFECTADA POR SITUACIONES DE EMERGENCIAS O DESASTRE, ESTABLECIENDO UN SISTEMA DE COLABORACIÓN CONJUNTA ENTRE EL SISTEMA ESTATAL DIF Y LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF.	<ol style="list-style-type: none"> 1. NOTIFICAR AL SEDIF DE LA PRESENCIA DEL FENÓMENO PERTURBADOR Y DE LAS AFECTACIONES HUMANAS Y MATERIALES. 2. EN CASO DE PROCEDENCIA, PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOLICITANTE Y DE DOS TESTIGOS PARA LA ENTREGA DEL APOYO. 3. CUANDO SE TRATE DE APOYOS COLECTIVOS DEBERÁ INCLUIRSE PADRÓN DE BENEFICIARIOS AVALADO POR EL REPRESENTANTE DE LOS BENEFICIARIOS O POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE. 4. FIRMA O HUELLA EN EL RECIBO DE DONACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO O DEL REPRESENTANTE DE LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE APOYOS COLECTIVOS 	SI			CUANDO SE PRESENTE ALGUNA CONTINGENCIA	
002	PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES EN SU MODALIDAD CALIENTE (DEC)	CONTRIBUIR A MEJORAR EL ESTADO DE NUTRICIÓN DE LOS MENORES QUE ASISTEN A LA ESCUELA, GENERANDO CAMBIOS DE HÁBITOS EN SU ALIMENTACIÓN QUE PERMITAN SU DESARROLLO FÍSICO E INTELECTUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOLICITUD DE LA ESCUELA Y PADRES DE FAMILIA, DIRIGIDA AL SMDIF. 2. SOLICITUD DEL SMDIF A LA PRESIDENTA DEL PATRONATO DEL SEDIF, ES IMPORTANTE INCLUIR NOMBRE DE LA ESCUELA, CLAVE SEP Y DOMICILIO COMPLETO. 3. LLENAR FORMATO DE ALUMNOS MATRICULADOS POR LA SEP. 4. LLENAR FORMATO DE REGISTRO CON FIRMAS DE LOS PADRES DE FAMILIA DE CADA ALUMNO. 5. CONTAR CON UN ESPACIO FÍSICO DONDE UBICAR COCINA, COMEDOR Y ALMACÉN DE PRODUCTOS. 6. DICTAMEN DE PROTECCIÓN CIVIL MUNICIPAL. 7. CONTAR CON UN COMITÉ DE DESAYUNADOR: PRESIDENTE, SECRETARIO, TESORERO Y DOS VOCALES. 	SI		3214	ENERO	DICIEMBRE SE ENTREGA PRODUCTO CADA 3 MESES
003	PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES EN SU MODALIDAD FRIO (DEF)	MEJORAR LA ALIMENTACIÓN DE LOS PEQUEÑOS DE NIVEL PREESCOLAR Y ESCOLAR A TRAVÉS DE DESAYUNOS FRÍOS CON CALIDAD NUTRICIA. PARTICIPAN EN ESTE PROGRAMA PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS, QUIENES RECIBEN ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y ALIMENTARIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOLICITUD DE LA ESCUELA Y PADRES DE FAMILIA DIRIGIDA AL SMDIF. 2. SOLICITUD DEL SMDIF CON NOMBRE DE LA ESCUELA, CLAVE SEP Y DOMICILIO COMPLETO, DIRIGIDA A LA PRESIDENTA DEL PATRONATO DEL SEDIF. 3. LLENAR FORMATO DE ALUMNOS MATRICULADOS POR LA SEP. 4. LLENAR FORMATO DE REGISTRO CON FIRMAS DE LOS PADRES DE FAMILIA DE CADA ALUMNO. 	SI		3891	01/03/2014	31/12/2014 SE ENTREGA PRODUCTO CADA 3 MESES

**CONTROL DE PROGRAMAS
SISTEMA DIF MUNICIPAL**

NO. OFICIAL	NOMBRE DEL PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL	REQUISITOS	FORMATO	PRESUPUESTO EJERCIDO	NO. DE BENEFICIARIOS	VIGENCIA	
							INICIO	TERMINO
			5. TENER UN COMITÉ DE PADRES DE FAMILIA QUE SEAN LOS RESPONSABLES DEL DESAYUNADOR: PRESIDENTE, SECRETARIO, TESORERO Y DOS VOCALES. 6. CONTAR CON UNA SUPERFICIE DESTINADA AL ALMACÉN DE ALIMENTOS.					
004	PROGRAMA DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	PROMOVER Y BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA A LAS COMUNIDADES MARGINADAS, INDÍGENAS, RURALES O URBANAS, QUE SEAN SUJETAS DE ASISTENCIA SOCIAL, ASÍ COMO POSIBLES BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS QUE MANEJA EL SEDIF, CON LA FINALIDAD DE MAJORAR SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LLEVAR ASÍ UNA VIDA MÁS SALUDABLE.	1. PRESENTAR UNA SOLICITUD AL SMDIF O A LA DELEGACIÓN PARA RECIBIR UNA PLÁTICA O TALLER.	SI			ENERO	DICIEMBRE
005	DIFUSORES INFANTILES		1. SER MENORES DE 18 AÑOS. 2. LLENAR EL FORMATO DE REGISTRO DE DIFUSOR QUE DISTRIBUYE EL SMDIF A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS ESTATALES DIF. 3. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES PARA PERTENECER A LA RED.	SI			UNA VEZ AL AÑO	
006	JUSTICIA PARA ADOLESCENTES	BRINDAR ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN SOCIAL ALBERGANDO A LOS MENORES Y ADOLESCENTES QUE HAYAN COMETIDO UNA ACCIÓN MARCADA COMO DELITO.	PARA ENTREGAR AL MENOR CON UN FAMILIAR: 1. ACTA DE NACIMIENTO DEL MENOR 2. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL FAMILIAR. 3. COMPROBANTE DOMICILIARIO DEL QUE SOLICITA LA ENTREGA DEL MENOR.	SI			CUANDO LO SOLICITAN	
007	DONACIÓN DE APARATOS REHABILITARIOS Y AYUDAS FUNCIONALES	OTORGAR APOYOS A LA POBLACIÓN EN DESAMAPARO, EN EXTREMA POBREZA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD QUE PRESENTE ALGUNA DISCAPACIDAD, CON LA FINALIDAD DE FACILITAR SU INTEGRACIÓN SOCIAL, TANTO EN EL ASPECTO LABORAL, ESCOLAR, CULTURAL Y DEPORTIVO.	1. SOLICITUD DEL PACIENTE A LA PRESIDENTA DEL PATRONATO DEL SEDIF, O AL DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO. 2. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOLICITANTE (IFE) 3. COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO, SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE EDAD. 4. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE. 5. HISTORIA CLÍNICA EXPEDIDA POR LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA O POR EL SEDIF 6. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (SE REALIZA EN EL SMDIF CORRESPONDIENTE)	SI			CUANDO APERTURE EL PROGRAMA EL SEDIF Y SMDIF	
		DESARROLLAR E INCREMENTAR FORTALEZAS Y FACTORES DE PROTECCIÓN EN LOS MENORES,	PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA. 2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN.					

**CONTROL DE PROGRAMAS
SISTEMA DIF MUNICIPAL**

NO. OFICIAL	NOMBRE DEL PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL	REQUISITOS	FORMATO	PRESUPUESTO EJERCIDO	NO. DE BENEFICIARIOS	VIGENCIA	
							INICIO	TERMINO
008	PROGRAMA DE ATENCION A MENORES Y ADOLESCENTES EN RIESGO (PAMAR)	ADOLESCENTES, FAMILIAS Y COMUNIDADES, A FIN DE QUE CONSTRUYAN PROYECTOS DE VIDA POSITIVOS CON CAPACIDAD DE RESPUESTA AUTOGESTIVA ANTE LOS RIESGOS SOCIALES QUE ENFRENTAN.	3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓN REGIONAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES.	SI			ENERO	DICIEMBRE
009	ESTRATEGIA (PAMAR) A) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES/ADICCIONES	CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LAS CAUSAS QUE GENERAN ADICCIONES EN LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE HABILIDADES Y CONDUCTAS PROTECTORAS CON LA FINALIDAD DE ALEJARLOS DEL CONSUMO DE SUSTNCIAS QUE PUEDAN OCASIONARLES ALGÚN DAÑO.	PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA. 2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN. 3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓNREGIONAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES.	SI			ENERO	DICIEMBRE
010	ESTRATEGIA (PAMAR) B) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES/EMBARAZOS ADOLESCENTES	PREVENIR Y ATENDER LOS RIESGOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL DERIVADOS DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD NO PLANEADA EN LA ADOLESCENCIA, PROPORCIONANDO EN CONCORDANCIA CON SUS CARACTERÍSTICAS Y BAJO UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, LA ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA ADECUADA E INTEGRAL QUE FOMENTE UNA ACTITUD RESPONSABLE FRENTE A SU SEXUALIDAD, PROPICIANDO SU INCORPORACIÓN A UNA VIDA PLENA Y PRODUCTIVA.	PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA. 2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN. 3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓNREGIONAL, INDICANDO EL DIA,HOR AY LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES. PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA.	SI			ENERO	DICIEMBRE

**CONTROL DE PROGRAMAS
SISTEMA DIF MUNICIPAL**

NO. OFICIAL	NOMBRE DEL PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL	REQUISITOS	FORMATO	PRESUPUESTO EJERCIDO	NO. DE BENEFICIARIOS	VIGENCIA	
							INICIO	TERMINO
011	ESTRATEGIA (PAMAR) C) PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES DEL BUEN TRATO	FOMENTAR LA CONVIVENCIA HUMANA Y POSITIVA EN LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON LA FAMILIA, EL GRUPO DE PADRES, LA ESCUELA Y LA COMUNIDAD, ASÍ MISMO, FORTALECER LAS DESTREZAS Y CONDUCTAS PROTECTORAS DE BUEN TRATO.	2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN. 3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓN REGIONAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES.	SI			ENERO	DICIEMBRE
012	ESTRATEGIA (PAMAR) D) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL INFANTIL	PROMOVER POLÍTICAS Y ACCIONES SISTÉMICAS PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS O EN RIESGO DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL INFANTIL EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS TRES ÓRDENES DE GOBIERNO, INSTITUCIONALES PÚBLICAS, PRIVADAS Y ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.	PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA. 2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN. 3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓN REGIONAL, INDICANDO EL DIA ,HORA Y LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES.	SI			ENERO	DICIEMBRE
013	ESTRATEGIA (PAMAR) E) PROGRAMA PREVENCIÓN, ATENCIÓN, DESALIENTO Y ERRADICACIÓN DEL TRABAJO URBANO INFANTIL MARGINAL	PREVENIR Y ATENDER EL TRABAJO INFANTIL MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE REDES COMUNITARIAS, EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FAMILIARES E INDIVIDUALES Y REVALORAR EL PAPEL DE LA ESCUELA COMO GENERADORA DE CAPACIDADES; Y EN EL LARGO PLAZO ERRADICARLO CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRES ÓRDENES DE GOBIERNO, OTRAS DEPENDENCIAS Y ORGANISMOS DE LA SOCIEDAD CIVIL.	PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA. 2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN. 3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓN REGIONAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES.	SI			ENERO	DICIEMBRE
			PLATICAS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD, DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL, INDICANDO EL DIA, HORA Y LUGAR PARA IMPARTIR LA PLÁTICA.					

**CONTROL DE PROGRAMAS
SISTEMA DIF MUNICIPAL**

NO. OFICIAL	NOMBRE DEL PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL	REQUISITOS	FORMATO	PRESUPUESTO EJERCIDO	NO. DE BENEFICIARIOS	VIGENCIA	
							INICIO	TERMINO
014	ESTRATEGIA (PAMAR) F) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA	DIFUNDIR Y SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN EN GENERAL, SOBRE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA, A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS ESPECIFICAS QUE PERMITAN LA DETECCIÓN Y DISMINUCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO.	2. CONTAR CON UN AULA LIMPIA Y CON BUENA VENTILACIÓN. 3. GRUPO MÍNIMO: 20 PARTICIPANTES EVENTOS: 1. ENVIAR OFICIO DE SOLICITUD AL TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL CON COPIA A LA DELEGACIÓN REGIONAL, INDICANDO EL DIA, HOR AY LUGAR PARA EL EVENTO. 2. GRUPO MÍNIMO PARA REALIZAR UN EVENTO: 100 PARTICIPANTES.	SI			ENERO	DICIEMBRE
015	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MIGRANTES REPATRIADOS NO ACOMPAÑADOS	PREVENIR Y ATENDER LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES Y REPATRIADOS QUE VIAJAN SOLOS Y LAS PROBLEMÁTICAS COLATERALES A QUE ESTÁN EXPUESTOS, ASÍ COMO PROMOVER ACCIONES COORDINADAS DE PROTECCION Y CONTENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA.	1. SER ORIGINARIO DEL ESTADO DE PUEBLA. 2 PARA REINTEGRAR AL MENOR A SU LUGAR DE ORIGEN, ENVIAR SOLICITUD DE TRASLADO AL SISTEMA DIF MUNICIPAL. 3. PARA LAS PLÁTICAS DE PREVENCIÓN DE LA MIGRACIÓN INFANTIL, ENCIAR OFICIO DE PETICIÓN AL SISTEMA DIF MUNICIPAL.	SI			ENERO	DICIEMBRE
016	ASISTENCIA A DESAMPARADOS	DISMINUIR LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN DESAMPARADA POR MEDIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE PRIMER NIVEL Y ATENCIÓN A LA SALUD, CON EL FIN DE ELEVAR SU CALIDAD DE VIDA.	1. SER ORIGINARIOS DEL MUNICIPIO DE ZACATLAN. 2. OFICIO DE PETICIÓN DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL DE ZACATLAN.	SI			ENERO	DICIEMBRE
017	SALUD REPRODUCTIVA	DISMINUIR LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA, ASÍ COMO REDUCIR LOS ÍNDICES DE NATALIDAD, A TRAVÉS DE PLÁTICAS PREVENTIVS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	1. SER ORIGINARIOS DEL MUNICIPIO DE ZACATLÁN. 2. OFICIO DE PETICIÓN DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL DE ZACATLAN.	SI			ENERO	DICIEMBRE
018	JORNADAS INTEGRALES DE SALUD	ACERCAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA Y EN EL INTERIOR DEL ESTADO, OFRECIENDO LOS SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA DE PRIMER NIVEL, SALUD REPRODUCTIVA Y ESTOMATOLOGÍA; ASÍ COMO ORIENTACIÓN A TRAVÉS DE PLÁTICAS QUE PERMITAN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL, COADYUVANDO CON ESTO, A MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.	1. SER ORIGINARIOS DEL MUNICIPIO DE ZACATLAN. OFICIO DE SOLICITUD DE JORNADA DIRIGIDO A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF DE ZACATLAN, SEÑALANDO DIA, HORA, DOMICILIO A REALIZAR, NÚMERO TELEFÓNICOY NOMBRE COMPLETO DE QUIEN SOLICITA.	SI			ENERO	DICIEMBRE
019	APOYOS MÉDICO-HOSPITALARIOS	BRINDAR APOYOS MÉDICO-HOSPITALARIOS EN MATERIA DE ASISTENCIA SOCIAL A LA POBLACIÓN DEMANDANTE DEL MUNICIPIO EN POBREZA Y/O POBREZA EXTREMA, QUE CAREZCA DE ALGÚN TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL, EXCEPTUANDO EL SEGURO POPULAR, PARA SOLVENTAR O AMINORAR SUS NECESIDADES DE SALUD MÁS INMEDIATAS.	1. SER ORIGINARIOS DEL MUNICIPIO DE ZACATLÁN. 2. OFICIO DE PETICIÓN DE APOYO 3. IFE(COPIA) DEL PACIENTE Y FAMILIAR RESPONSABLE. 4. EN CASO DE SER MENOR DE EDAD: ACTA DE NACIMIENTO (COPIA). 5. R/N: CONSTANCIA DE ALUMBRAMIENTO (COPIA)	SI			ENERO	DICIEMBRE
			1. TENER 60 AÑOS O MAS.					

**CONTROL DE PROGRAMAS
SISTEMA DIF MUNICIPAL**

NO. OFICIAL	NOMBRE DEL PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL	REQUISITOS	FORMATO	PRESUPUESTO EJERCIDO	NO. DE BENEFICIARIOS	VIGENCIA	
							INICIO	TERMINO
020	PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR	MOTIVAR A LOS ADULTOS MAYORES PARA QUE NO SE ABANDONEN Y CONOZCAN NUEVAS FORMAS DE ADAPTARSE A LOS CAMBIOS DE LA VIDA, FORMANDO GRUPOS DE AMIGOS, CONVIVIENDO, EJERCITÁNDOSE Y APRENDIENDO, VIGILANDO QUE SE RESPETEN SUS DERECHOS. ESTOS GRUPOS SE PUEDEN REUNIR EN UNA CASA PARTICULAR, EN UN SALÓN DE LA PRESIDENCIA MUNICIPAL, EN LA CLÍNICA DE SALUD, EN INSTALACIONES DEL SMDIF, EN LA COMISARÍA O AL AIRE LIBRE.	2. EL SMDIF, LAS JUNTAS AUXILIARES, COLONIAS, BARRIOS O INSPECTORÍAS, SE PONDRÁN DE ACUERDO PARA INVITAR A LAS PERSONAS MAYORES A PARTICIPAR. 3. SE COORDINARÁ EL DIA, EL LUGAR Y LA HORA PARA PLATICAR CON LOS ADULTOS MAYORES. 4. SE ANOTA A LOS ADULTOS MAYORES EN LA LISTA DE ASISTENCIA, SE PASAN LOS DATOS AL FORMATO DE ALTA DE GRUPO Y ÉSTE SE ENVÍA A LA DELEGACIÓN REGIONAL DEL SEDIF.	SI			ENERO	DICIEMBRE

HORARIO DE ATENCION 8:30 AM – 3:30 PM

Sistema DIF Municipal	C Maria Fernanda López García Presidenta del Sistema DIF Municipal	Septiembre 2014
ÁREA QUE GENERÓ LA INFORMACIÓN	RESPONSABLE DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN