
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Hoja 1 de 13

4.- PROCEDIMIENTO PARA VISITAS DE SUPERVISIÓN A ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL SIN FINES DE LUCRO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Rev.: 0
		Hoja 2 de 13

1.0 Propósito

1.1 Verificar el cumplimiento de objetivos y metas, así como la correcta aplicación de los recursos otorgados para la realización de proyectos de coinversión, presentados por organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro a través de visitas de supervisión.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno.- El procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto, Dirección de Administración y Finanzas de la Administración y al Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

2.2 A nivel externo.- El procedimiento es aplicable a las organizaciones de la sociedad civil que reciban apoyo económico para el desarrollo de proyectos de coinversión.

3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

3.1. El Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas es el responsable de elaborar el programa de visitas de supervisión a las organizaciones de la sociedad civil que reciban apoyo económico para el desarrollo de proyectos de coinversión, dando prioridad a las organizaciones que hayan recibido apoyo económico por primera vez.

3.2. La Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto es la responsable de ordenar en cualquier momento una visita de supervisión a una organización para verificar información o dar seguimiento a un proyecto de coinversión.


3.3. La Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto es la responsable de presentar el programa de visitas a la Dirección General, para su autorización.

3.4. La Dirección General, es la encargada de comisionar a las personas del Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas que realizarán las visitas de supervisión a organizaciones que se encuentren en el interior de la República Mexicana.

3.5 La persona comisionada del Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas para realizar la visita de supervisión deberá llenar el "Cuestionario de Visita de Evaluación", y en su caso, debe asentar todos aquellos aspectos observados durante la misma que no se encuentren considerados dentro del cuestionario (DVSFEI006).

3.6 El Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas es responsable de supervisar que la persona comisionada entregue a la organización el formato "Evaluación de la Visita de Supervisión" para la evaluación de su desempeño durante la visita de supervisión (DVSFEI07).

3.5. El Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas es el responsable verificar que la persona comisionada para realizar visitas de supervisión a las organizaciones elabore el formato ficha de visita (DVSFEI08).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Rev.: 0
		Hoja 3 de 13


3.6. La Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto es la responsable de notificar a la organización las inconsistencias detectadas durante la visita de supervisión otorgando un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la recepción de la notificación, para que justifique o solvete las inconsistencias. en caso de incumplimiento, la Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto, le enviara una nueva notificación, solicitándole se presente en un plazo no mayor de 5 días hábiles el representante legal de la misma, con la documentación y/o justificación requerida, apercibiéndola de que en caso de incumplimiento se le solicitará la devolución de los recursos.

3.7. La Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto será responsable de observar las políticas 3.15 3.16 y 3.18 del manual de procedimiento de Control y Seguimiento en caso de solicitud de devolución de recursos.


<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Rev.: 0

Descripción del Procedimiento


Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Elaboración de Programa de visitas de supervisión	1.1 Elabora programa de visitas de supervisión y oficio para la autorización del programa y turna. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas
2.0 Aprobación de Programa de visitas de supervisión	2.1 Recibe programa de visitas de supervisión y oficio de autorización de programa de visitas, rubrica y turna para autorización. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto
3.0 Autorización de Programa de visitas de supervisión	3.1. Recibe programa de visitas de supervisión y oficio de autorización de programa de visitas, firma y turna. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	Dirección General
4.0 Recepción de autorización del Programa de visitas de supervisión	4.1. Recibe programa de visitas de supervisión, oficio de autorización firmado y turna. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Programa 	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto
5.0 Recepción de programa de visitas y elaboración de oficio de comisión foránea.	5.1 Elabora oficio de comisión foránea para firma de la Dirección General y turna. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 5.2 En caso de visita en el Distrito Federal, pasa a la actividad 10.0	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas
6.0 Recepción de oficio de comisión	6.1 Recibe oficio de comisión foránea, rubrica y turna. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto
7.0 Firma de oficio de comisión foránea	7.1 Recibe oficio de comisión foránea rubricado, firma y entrega. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección General

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Rev.: 0
		Hoja 5 de 13


Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
8.0 Elaboración de oficio de solicitud de viáticos	<p>8.1 Recibe oficio de comisión foránea firmado y elabora oficio de solicitud de viáticos y pasajes, recaba firma de la Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto, adjunta programa de visitas de supervisión y oficio de autorización de visitas de supervisión y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficios • Programa de Visitas de Supervisión 	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas
9.0 Recepción de oficio de solicitud de Viáticos	<p>9.1 Recibe oficio de solicitud de viáticos y pasajes para elaboración de cheque, adjunta oficio de comisión foránea y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficios • Programa 	Dirección de Administración y Finanzas
10.0 Recepción de cheque	<p>10.1 Recibe cheque para realizar visita de supervisión foránea y elabora oficio de aviso de comisión de visita de supervisión, dirigido al responsable del proyecto y turna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio • Cheque 	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas
11.0 Recepción de oficio	<p>11.1 Recibe oficio de aviso de comisión, firma y entrega al personal comisionado a realizar la visita de supervisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio 	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto
12.0 Visita de supervisión	<p>12.1 Recibe oficio de aviso de comisión firmado y el personal realiza la visita de supervisión.</p> <p>Procede</p> <p>No</p> <p>Elabora el oficio de observaciones de la visita de supervisión para firma del Director de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto, para notificar las irregularidades observadas durante la visita de supervisión, conforme a lo establecido en la política 3.8.</p>	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas

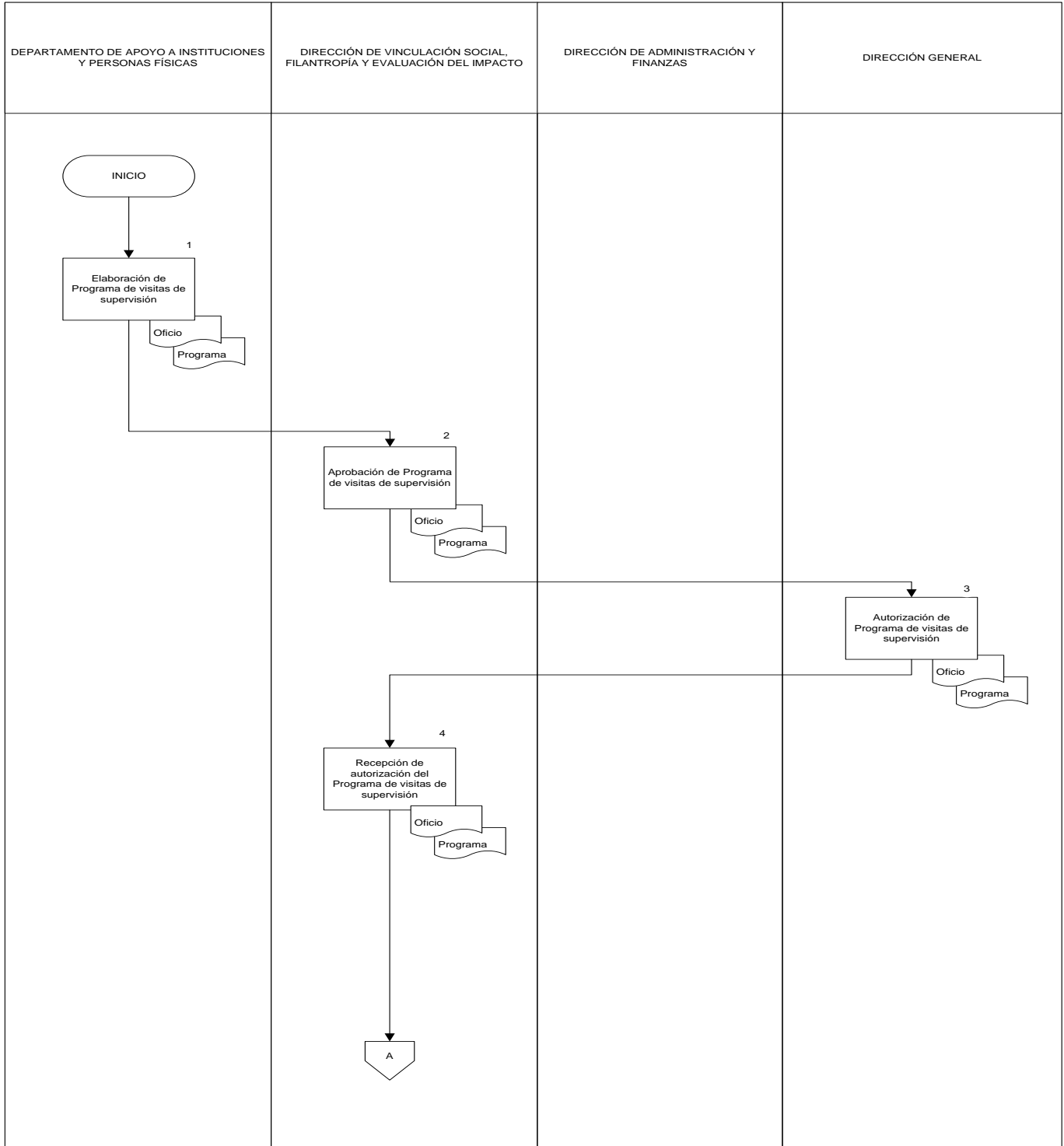
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Hoja 6 de 13


	<p>Si</p> <p>Elabora informe de observaciones de visitas de supervisión para entregar al Director de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe <p style="text-align: center;">Termina procedimiento</p>	
--	---	--

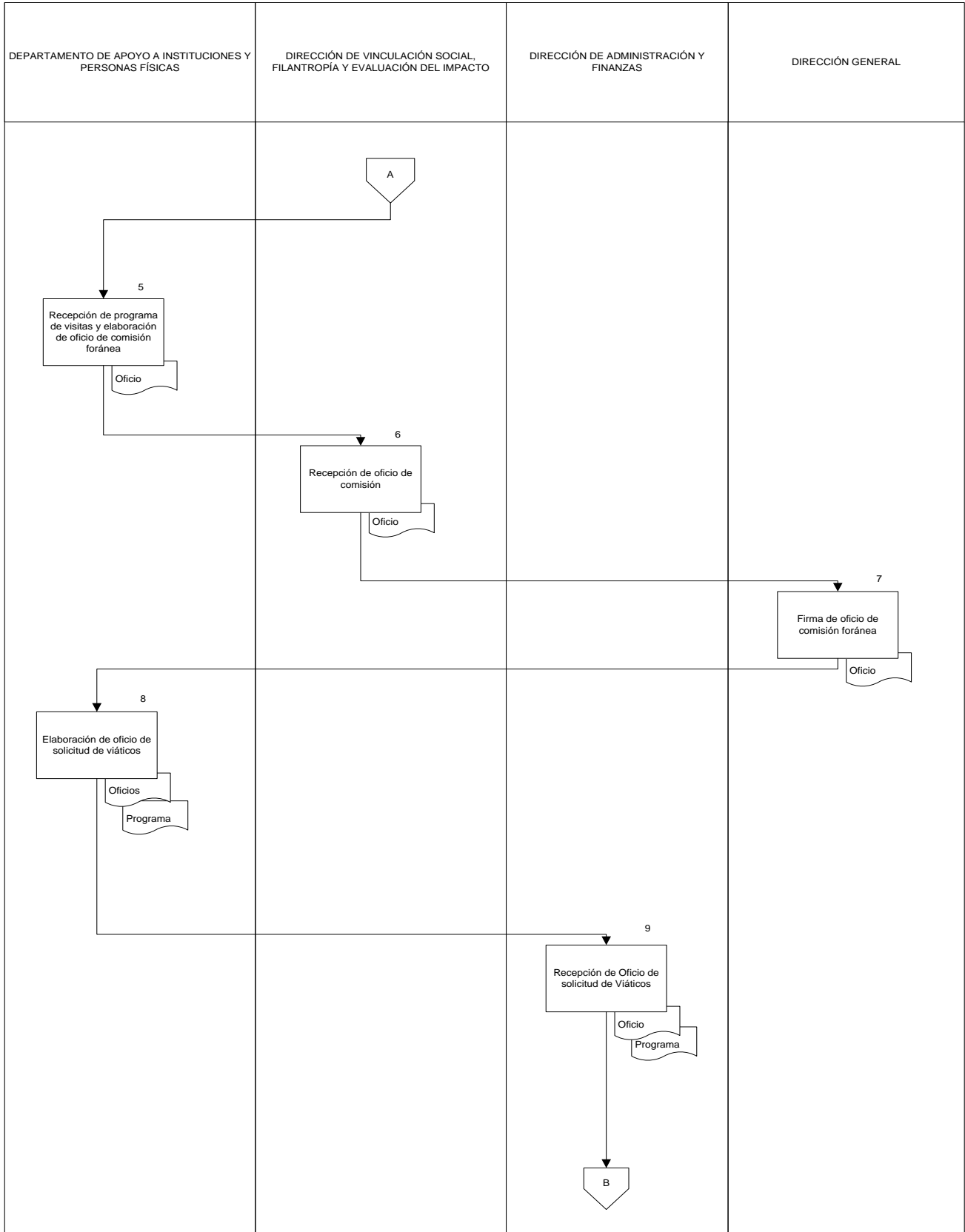
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Hoja 7 de 13


4.0 Diagrama de flujo

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto		Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro		Hoja 8 de 13

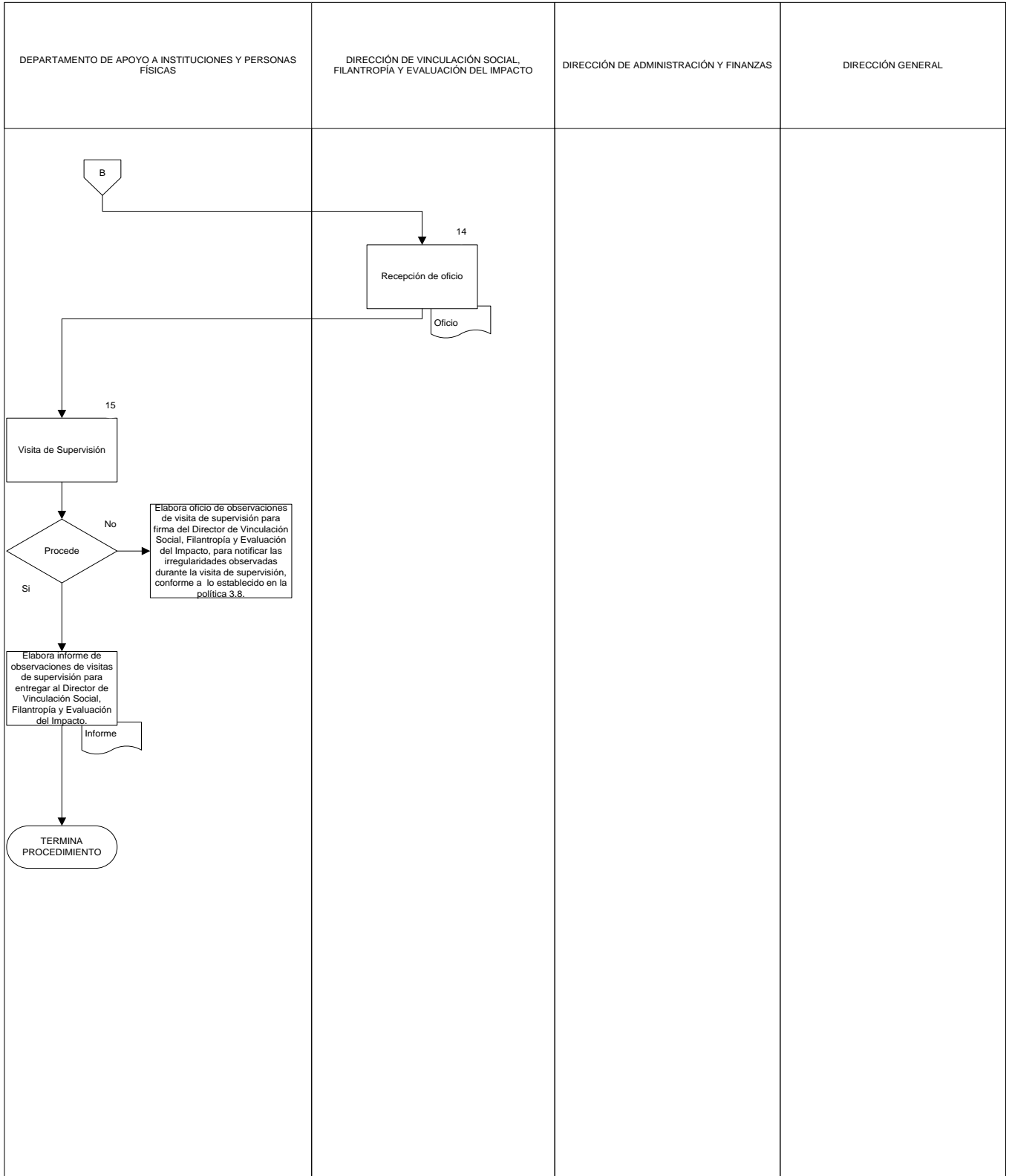



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Hoja 9 de 13



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Hoja 10 de 13

<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	Rev.: 0
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Hoja 11 de 13



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Rev.: 0
		Hoja 12 de 13

6.0 Documentos de referencia

DOCUMENTOS	CÓDIGO (cuando aplique)
Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Vigente
Manual de Organización Específico de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.	Vigente
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	Vigente
Programa Anual de la Dirección de Vinculación Social, Acciones de Filantropía y Evaluación del Impacto.	Vigente
Ley Federal de Fomento a las actividades realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil.	Vigente

7.0 Registros


Registro	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o identificación única
Cuestionario de Visita de Evaluación	5 años	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas	Vigente
Evaluación de la visita de la supervisión	5 años	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas	Vigente
Ficha de visita.	5 años	Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas	Vigente

8.0 Glosario

8.1 Apoyo.- ayuda económica que se entrega directamente a personas físicas de escasos recursos que carecen de seguridad social, o a Organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro para que la hagan llegar a las personas en situación vulnerable, a través de la presentación y aprobación previa de un proyecto dirigido para atender un fin determinado.

8.2 Documentación comprobatoria.- Documentos que está obligada a presentar periódicamente una Organización o Institución de salud sin fines de lucro que ha sido beneficiada con apoyo de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, de acuerdo a la carta compromiso o convenio de colaboración respectivo.

8.3 Organización de la Sociedad Civil sin fines de lucro.- Grupo de personas organizado de acuerdo a las leyes Mexicanas para procurar el bienestar de los núcleos de la sociedad mas desprotegidos, en base a recursos provenientes de donativos que reciben de la sociedad en general, empresas de la iniciativa privada, Instituciones filantrópicas y organismos oficiales.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: DVSFEI
	Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto	
	4.- Procedimiento para visitas de supervisión a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro	Rev.: 0
		Hoja 13 de 13

8.4 Programa Anual de Trabajo.- Conjunto de acciones a realizar en cada ejercicio por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, presentado ante el Consejo Interno para su aprobación, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de la población de escasos recursos carente de seguridad social.

8.5 Proyecto.- Estudio sustentado para llevar a cabo un plan, especificando el fin que persigue, fundamentos que permiten su viabilidad, recursos con los que se pretende realizar, período, lugar y personal involucrado en su ejecución.

8.6 Visita de supervisión.- Entrevista que realiza el personal operativo o la persona que comisione el Director de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto con base en un programa elaborado al efecto o por instrucción expresa, para la verificación de datos de las organizaciones, para dar seguimiento al desarrollo de un proyecto al que le fue autorizado y otorgado apoyo o para atender alguna instrucción específica ordenada por el titular de esta Dirección relacionada con el trámite, autorización, ejecución, entrega de información, observaciones relacionadas con la información presentada, resultado o cualquier otra de acuerdo a las circunstancias.

9.0 Cambios en esta versión

Número de Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10.0 Anexos

- 10.1 Cuestionario de visita de evaluación (DVSFEI006)
- 10.2 Formato de evaluación de la visita de la supervisión (DVSFEI007)
- 10.3 Ficha de visita (DVSFEI008)

ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA CUESTIONARIO DE VISITA DE EVALUACION

DATOS GENERALES

Razón Social:	_____					
Dirección:	_____					
	Calle	No. Ext.		No. Int.		
	Colonia	Delegación				
	C.P.	_____				
	Ciudad	Entidad Federativa	Lada	Teléfono		

TIPO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asilo para ancianos | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Casa hogar con escuela | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Casa de cuna | _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación | Cuenta con Gobierno Corporativo |
| <input type="checkbox"/> Casa hogar sin escuela | Patronato <input type="checkbox"/> Consejo Administrativo <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Escuela de Educación Especial | No <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____ |

Cuenta con deducibilidad fiscal

Nacional Internacional

Ha recibido donativos internacionales

Si No

Fecha de constitución: _____

Fecha inicio de actividades: _____

Objetivo general de la Institución: _____

Nota: El cuestionario de evaluación o estudio socioeconómico es para todas las organizaciones de tipo civil y privado sin fines de lucro, en caso de que algunos conceptos, no correspondan a su actividad, favor de manifestarlo por escrito en el cuestionario, con la frase "No aplica".

CAPACIDAD DE ATENCION

Capacidad máxima _____

Población actual _____

		E D A D		S E X O	
Población	Número	Mínima	Máxima	Femenino	Masculino
Interna					
Externa					

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ceguera/debilidad visual <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje/mudez <input type="checkbox"/> Alteraciones del sistema locomotor <input type="checkbox"/> Deficiencias o alteraciones mentales <input type="checkbox"/> Alcoholismo/farmacodependencia <input type="checkbox"/> Padres o tutores impedidos de ejercer la tutela y cuidado por: <input type="checkbox"/> Jornada laboral | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bajos recursos económicos <input type="checkbox"/> Delincuencia <input type="checkbox"/> Orfandad/abandono de familiares <input type="checkbox"/> Maltrato físico o mental <input type="checkbox"/> Impedimentos físicos o mentales |
|---|--|

REQUISITOS DE INGRESO

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escolaridad <input type="checkbox"/> Contar con tutor o responsable <input type="checkbox"/> Cubrir cuotas de recuperación <input type="checkbox"/> Aceptación por parte del usuario para ingresar a la Institución <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mínima _____ <input type="checkbox"/> Certificado de salud/examen médico _____ <input type="checkbox"/> Mínima \$ _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promedio calificación _____ <input type="checkbox"/> Exámen de admisión <input type="checkbox"/> Máxima \$ _____ |
|--|--|---|

INFORMACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

LA INSTITUCION BRINDA A SUS BENEFICIARIOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

INTERNADO

Tiempo completo

Medio tiempo

ALIMENTACION

3 comidas diarias

Los menús son elaborados

2 comidas diarias

por:

1 comida diaria

Dietista

Personal de la institución

VESTIDO

Prendas nuevas

Prendas usadas

ATENCION MEDICA

Exámenes médicos periódicos

Vacunas

Higiene personal (supervisión-orientación)

Seguimiento clínico

Otras: _____

REHABILITACION

Terapia Física

Terapia audición/lenguaje/visión

Terapia Psicológica

Terapia ocupacional

Otra: _____

EDUCACION

Pre-escolar

Estudios comerciales

Primaria

Preparatoria o Vocacional

Secundaria

Educación Especial

Estudios Técnicos

Alfabetización

Estudios libres complementarios (Arte, Cultura)

LOS USUARIOS RECIBEN EDUCACION FUERA DE LA INSTITUCION:

Si No

Especifique (lugar y tipo) _____

ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- Culturales
- Deportivas
- Sociales

TRABAJO SOCIAL:

- Canalización de casos
- Seguimiento de casos
- Consejo familiar

- Bolsa de trabajo
- Estudios p/ingreso
- Estudios p/determinar cuotas de recuperación

OTROS SERVICIOS DE LA INSTITUCION:

- Cursos de capacitación
- A su propio personal
- A personal de otras instituciones

- Investigación
- Tópico _____
- Finalidad _____

OFRECE LA INTITUCION BECAS A SUS BENEFICIARIOS. *

- Si
- No
- Número _____
- Monto \$ _____

LOS BENEFICIARIOS DE LA INSTITUCION RECIBEN:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Sin costo | <input type="checkbox"/> Con costo |
| <input type="checkbox"/> Aparatos para rehabilitación | <input type="checkbox"/> Sin costo | <input type="checkbox"/> Con costo |
| <input type="checkbox"/> Material: | | |
| <input type="checkbox"/> Educativo (libros / útiles) | <input type="checkbox"/> Sin costo | <input type="checkbox"/> Con costo |
| <input type="checkbox"/> Deportivo | <input type="checkbox"/> Sin costo | <input type="checkbox"/> Con costo |
| <input type="checkbox"/> Para terapias | <input type="checkbox"/> Sin costo | <input type="checkbox"/> Con costo |
| <input type="checkbox"/> Esparcimiento (juegos, etc.) | <input type="checkbox"/> Sin costo | <input type="checkbox"/> Con costo |

* En relación anexa, detallar nombre de beneficiarios e importe de cada beca.

BAJAS DE LOS BENEFICIARIOS DE LA INSTITUCION (número y causa)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Término de período rehabilitatorio | <input type="checkbox"/> | Rebasar la edad tope de atención |
| <input type="checkbox"/> | Término de estudios formales | <input type="checkbox"/> | Fugas |
| <input type="checkbox"/> | Traslado a otra Institución | <input type="checkbox"/> | Fallecimientos |
| <input type="checkbox"/> | Adopción/integración al núcleo familiar | | |

Otros: _____

No. de beneficiarios en los últimos 12 meses

TOTAL _____

INFORMACION DEL INMUEBLE

EL INMUEBLE SE UBICA EN UNA ZONA:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Urbana | <input type="checkbox"/> | Marginada | <input type="checkbox"/> | Rural |
|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|

SITUACION ACTUAL DEL INMUEBLE:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Propio | <input type="checkbox"/> | Rentado | <input type="checkbox"/> | Prestado |
|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|

TIPO DE INMUEBLE:

- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Casa | <input type="checkbox"/> | Edificio | No. de plantas | _____ |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|----------------|-------|

SERVICIOS EN EL INMUEBLE:

- | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Luz | <input type="checkbox"/> | Agua potable | <input type="checkbox"/> | Gas |
| <input type="checkbox"/> | Teléfono | <input type="checkbox"/> | Drenaje | <input type="checkbox"/> | Caldera/calentador |

INSTALACIONES CON QUE CUENTA EL INMUEBLE:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sala/estancia | <input type="checkbox"/> Aulas de clase | <input type="checkbox"/> Aulas taller/terapia | <input type="checkbox"/> Dormitorios |
| <input type="checkbox"/> Baños completos | <input type="checkbox"/> Medio baño | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Cocina |
| <input type="checkbox"/> Bodega | <input type="checkbox"/> Enfermería/consultorio | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Lavandería/tendedero |
| <input type="checkbox"/> Despachos | <input type="checkbox"/> Estacionamiento | <input type="checkbox"/> Jardín/patio | <input type="checkbox"/> No. Total |

LA SALA ESTANCIA CUENTA CON:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sillones | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Juegos de salón | <input type="checkbox"/> Mesas |
| <input type="checkbox"/> Aparato de sonido | | | |

LAS AULAS DE CLASE CUENTAN CON:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pupitres/mesas | <input type="checkbox"/> Pizarrón | <input type="checkbox"/> Material didáctico | <input type="checkbox"/> Escritorio |
| <input type="checkbox"/> Anaqueles/bodega | | | |

LOS TALLERES CUENTAN CON:

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herramienta necesaria | <input type="checkbox"/> Bodega | <input type="checkbox"/> Material de trabajo | <input type="checkbox"/> Anaqueles |
|--|---------------------------------|--|------------------------------------|

LAS SALAS DE TERAPIA FISICA CUENTAN CON:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barras | <input type="checkbox"/> Hidromasaje | <input type="checkbox"/> Pesas | <input type="checkbox"/> Otras |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

LOS DORMITORIOS CUENTAN CON:

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Camas | <input type="checkbox"/> Sábanas | <input type="checkbox"/> Colcha | <input type="checkbox"/> Colchón |
| <input type="checkbox"/> Cobertor | <input type="checkbox"/> Almohadas | No. de usuarios que duermen en cada cama _____ | |

LOS BAÑOS CUENTAN CON:

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Regadera | <input type="checkbox"/> Excusado | <input type="checkbox"/> Agua caliente y fría | <input type="checkbox"/> Lavabo |
| <input type="checkbox"/> Espejo | No. de beneficiarios que usan cada baño _____ | | |

EL COMEDOR CUENTA CON:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mesas | <input type="checkbox"/> Sillas | <input type="checkbox"/> Servicio para cada usuario (platos, vasos, cubiertos) |
|--------------------------------|---------------------------------|--|

LA COCINA CUENTA CON:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estufa de gas | <input type="checkbox"/> Licuadora | <input type="checkbox"/> Batidora | <input type="checkbox"/> Congelador de carnes |
| <input type="checkbox"/> Refrigerador | <input type="checkbox"/> Horno de gas | <input type="checkbox"/> Alacena/bodega de alimentos | <input type="checkbox"/> Utensilios y trastos de cocina suficientes |

LA ENFERMERIA / CONSULTORIO CUENTA CON :

Botiquín de primeros auxilios

Mesa de exploraciones

Báscula

Otros

El inmueble presenta daños importantes : _____

INFORMACION DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION

No. de personal bajo contrato _____

No. de personal por honorarios _____

No. de personal voluntario (no remunerado) _____

PRESTACIONES QUE RECIBEN LOS EMPLEADOS EN NOMINA :

Total de personal _____

IMSS

ISSSTE

Servicio médico privado

Aguinaldos

Prima vacacional

Capacitación

Servicio de comedor en la institución

Otros

PERSONAL	NUMERO	C A L I D A D			SUELDO PROMEDIO MENSUAL
		Planta	Honorarios	Voluntarios	
Administrativos					
Educadores					
Psicólogo					
Trabajo social					
Enfermera					
Terapeutas					
Médico					
Dentista					
Intendencia					
Otros					
TOTAL					

EN GENERAL LAS CONDICIONES DE HIGIENE OBSERVADAS SON:

INSTALACIONES	LIMPIO	SUCIO	ORDEN	DESORDEN	OBSERVACIONES
Cocina					
Comedor					
Sala-Estancia					
Dormitorio					
Baños					
Aulas de clase					
Talleres					
Enfermería					
Otros					

Cuenta la institución con lugares apropiados (en capacidad y localización) de los depósitos de basura: SI NO

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL ENCUESTADOR

OBSERVACIONES: _____

Nombre del evaluador: _____

Dependencia: _____

Fecha de aplicación: _____

Nombre del solicitante: _____

Nombre del informador: _____

Puesto en la Institución: _____

Fue citado por el
evaluador:

SI

NO

El C. _____ manifiesta que los datos proporcionados son verídicos y acepta sean ampliados por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, en caso necesario.

Ciudad o
Población

Firma

Entidad Federativa

**ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO
DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA**

**DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL Y ACCIONES DE FILANTROPÍA
EVALUACIÓN DE LA VISITA DE SUPERVISIÓN**

DATOS GENERALES

Nombre de la Organización: _____

Nombre del Proyecto: _____

Monto solicitado y/o apoyado: _____

No. de beneficiarias (os): _____

DATOS DEL SUPERVISOR

El supervisor se identificó como personal de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Sí

No

El supervisor se dirigió con respeto y cordialidad durante la visita de evaluación

Sí

No

El servidor público que realizó la visita de evaluación solicitó algún beneficio o compensación para omitir y/o ocultar información acerca de la supervisión efectuada a la Organización:

Sí

Especifique: _____

No

El supervisor tuvo acceso a todas las instalaciones de la Organización. _____

Sí

No

¿Por qué?

El supervisor verificó la documentación y archivo de la Organización relacionada con el proyecto o apoyo solicitado a esta dependencia. _____

Sí

No

¿Por qué?

Del 1 al 10, qué calificación le pondría al supervisor _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE LA SUPERVISIÓN

¿Se presentó algún problema o dificultad en la realización de la visita de supervisión?

Sí

Especifique: _____

No

Considera que la información solicitada durante la visita de supervisión es suficiente para conocer las actividades y operación de la Organización:

Sí

No

¿Por qué?

Considera necesario anexar información a la visita de supervisión

Sí

No

¿Cuál?

OBSERVACIONES, COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS

Nombre del Visitador _____

Nombre y cargo de la persona que atendió la visita _____

Fecha _____

Favor de enviar esta información al fax: (01) 55.34. 77.51 o por correo a la Dirección de Aniceto

Ortega No. 1321 Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F., en atención a la Lic. Ma. Elena Del Valle Flores Directora de Vinculación Social Filantropía y Evaluación.



FICHA DE VISITA

Fecha de elaboración:

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

OBJETIVO DE LA ORGANIZACIÓN:

NOMBRE DE PROYECTO:

VIGENCIA DEL PROYECTO:

Rubros Autorizados	Monto Autorizado:	%	Monto Ejercido:

PORCENTAJE DE AVANCE DEL PROYECTO:

SERVICIOS PROPORCIONADOS:

BENEFICIARIOS:

Capacidad Máxima de Atención:

Población Actual atendida con el proyecto:

DESARROLLO DE LA VISITA:

OBSERVACIONES:

DIFICULTADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

NOMBRE Y FIRMA DEL VISITADOR