

DIRECCIÓN DE BIENESTAR FAMILIAR
PROGRAMA CADI CAIC
INFORME CUANTITATIVO MENSUAL

Coordinación Regional: II Municipio/localidad: CAIC
 Nombre del Centro: ARCOIRIS CADI X
 Responsable del Centro: LIC. SONIA MARISOL SILVA MATA Horario de atención: 7:30 AM-3:00 PM
 Mes que reporta: MARZO 2019
 Fecha de elaboración del informe: 14/MARZO/2019

BENEFICIARIOS	BENEFICIARIOS ATENDIDOS DURANTE EL MES REPORTADO									TOTAL LACTANTES		
	LACTANTES 1 (45 DIAS DE NACIDO A 6 MESES)			LACTANTES 2 (7 MESES A 11 MESES DE EDAD)			LACTANTES 3 (1 AÑO A 1 AÑO 6 MESES DE EDAD)			F	M	TOTAL
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL			
LACTANTES	1	1	2		1	1	5		4	6	2	8
MATERNAL	MATERNALES 1 (DE 1 AÑO 7 MESES A 1 AÑO 11 MESES)			MATERNALES 2 (DE 2 AÑOS A 2 AÑOS 11 MESES)			TOTAL MATERNALES					
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL			
	0	4	4	3	6	9	3	10	13			
PREESCOLAR	PREESCOLAR 1 (DE 3 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES DE EDAD)			PREESCOLAR 2 (DE 4 AÑOS 7 MESES A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD)			PREESCOLAR 3 (DE 5 AÑOS A 5 AÑOS 11 MESES DE EDAD)			TOTAL PREESCOLAR		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
	4	2	6	1		1	5	1	6	10	3	13

BENEFICIARIOS	ALTAS NIÑOS DE NUEVO INGRESO AL CENTRO DURANTE EL MES REPORTADO									TOTAL LACTANTES		
	LACTANTES 1 (45 DIAS DE NACIDO A 6 MESES)			LACTANTES 2 (7 MESES A 11 MESES DE EDAD)			LACTANTES 3 (1 AÑO A 1 AÑO 6 MESES DE EDAD)			F	M	TOTAL
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL			
LACTANTES	1		1				1		1	2		2
MATERNAL	MATERNALES 1 (DE 1 AÑO 7 MESES A 1 AÑO 11 MESES)			MATERNALES 2 (DE 2 AÑOS A 2 AÑOS 11 MESES)			TOTAL MATERNALES					
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL			
				1		1	1		1			
PREESCOLAR	PREESCOLAR 1 (DE 3 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES DE EDAD)			PREESCOLAR 2 (DE 4 AÑOS 7 MESES A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD)			PREESCOLAR 3 (DE 5 AÑOS A 5 AÑOS 11 MESES DE EDAD)			TOTAL PREESCOLAR		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL

BENEFICIARIOS	BAJAS DEFINITIVAS O TEMPORALES DEL CENTRO DURANTE EL MES REPORTADO									TOTAL LACTANTES		
	LACTANTES 1 (45 DIAS DE NACIDO A 6 MESES)			LACTANTES 2 (7 MESES A 11 MESES DE EDAD)			LACTANTES 3 (1 AÑO A 1 AÑO 6 MESES DE EDAD)			F	M	TOTAL
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL			
LACTANTES												
MATERNAL	MATERNALES 1 (DE 1 AÑO 7 MESES A 1 AÑO 11 MESES)			MATERNALES 2 (DE 2 AÑOS A 2 AÑOS 11 MESES)			TOTAL MATERNALES					
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL			
	1		1					1	1			
PREESCOLAR	PREESCOLAR 1 (DE 3 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES DE EDAD)			PREESCOLAR 2 (DE 4 AÑOS 7 MESES A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD)			PREESCOLAR 3 (DE 5 AÑOS A 6 AÑOS DE EDAD)			TOTAL PREESCOLAR		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
								1	1		1	1

MOTIVO DE BAJA:

ACTUALMENTE LA MAMÁ REFIERE QUE SE LE COMPLICHA LLEGAR EN EL HORRAIO DE SERVICIO QUE ESTABLECE LA GUARDERIA, ADEMAS QUE CUENTA CON VARIOS PROBLEMAS FAMILIARES POR LA SEPARACION DE SU PAREJA, SEREPORTA A TRABAJO SOCIAL PARA QUE SE LE REALICE UNA VISITA DOMICILIRIA, DONDE LA MAMA REFIERE QUE DARA DE BAJA A LOS NIÑOS POR LO MENCIONADO ENTERIORMENTE.

Revisado 8-06-19 12:00pm

--	--

TOTAL DE BENEFICIARIOS (NIÑOS (AS) DE MADRES ADOLESCENTES EN EL CENTRO:			
SALA	F	M	TOTAL
LACTANTES	1		1
MATERNAL	1		1
PREESCOLAR			

TOTAL DE FAMILIAS BENEFICIADAS:	31
CAPACIDAD DE ATENCIÓN DENTRO DEL CENTRO:	42
TOTAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN EL CENTRO Y TIPO DE DISCAPACIDAD:	
TOTAL DE PERSONAL QUE LABORA DENTRO DEL CENTRO:	11
ESCENARIOS TRABAJADOS DURANTE EL MES:	EL GIMNASIO, HABLAR Y ESCUCHAR CONTAR Y MEDIR LA VIDA ANIMAL
EXISTENCIA DE POBLACIÓN ETNICA EN EL CENTRO (ANOTE LA ETNIA):	

Si llevaste alguna de éstas estrategias durante el mes reportado, menciona el número de sesiones dentro del paréntesis:
 (1) Buen Trato (4) Nueva Vida (4) Salud del niño (1) Teatro Guiñol (2) Lego () Prevención de quemaduras
 (1) Salud mental, Ahora, indica el número de participantes por actividad y rango de edad:

participantes	Estrategia	Buen Trato	Nueva Vida	Salud del niño	Teatro Guiñol	Salud mental	LLEGO	Prevención de quemaduras
o. de Niñas		10	2	9	3		10	
o. de Niños		3	6	4	6		3	
o. de Adul Mujeres		2	2	2	2			
o. de Adul Hombres								

otras acciones y actividades realizadas:
 observaciones o comentarios:

LIC. SONIA MARISOL SILVA MATA
 Nombre y firma del Responsable del Programa en el DIF Municipal

Nombre y Firma de la Directora o Coordinadora del DIF Municipal

Sello del DIF Municipal

Nombre y firma de la Oficina Regional