



Estado Libre y Soberano
de Hidalgo



PRESIDENCIA MUNICIPAL
TULANCINGO DE BRAVO, HGO.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Secretaría de Desarrollo Humano y Social.

**Oficina de Enlace con el Instituto Nacional de las
Personas Adultas Mayores**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Datos de Control				
	Elaboró	Revisó	Autorizó	Versión
Nombre	Marina Hernández López	Lic. Fabiola Ma. Santoyo López	Lic. Rodrigo Fragoso Marroquín	1-1
Firma				
Fecha	02-04-2018	02-05-2018		

Introducción

Con fundamento en la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo Artículo 56 fracción I inciso b) y fracción II inciso a) en donde se indica; las dependencias de la Administración Pública Municipal deberán contar con manuales de organización, servicios y procedimientos y otros instrumentos para mejorar el desempeño de la administración;

De acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo 2016-2020, el Presidente Municipal Constitucional de Tulancingo de Bravo, el L.C.C. Fernando Pérez Rodríguez establece el compromiso de hacer eficiente los servicios públicos, teniendo la certeza de contar con un gobierno municipal transparente y cercano a la gente.

Derivado de lo anterior, el presente manual tiene como propósito, dotar a los funcionarios públicos de un instrumento que permita trámites y servicios, más eficientes, así como los procesos internos, encaminando sus objetivos, estrategias, acciones y políticas públicas. Por ello, su organización y sistema de trabajo deben revisarse y modernizarse constantemente, a fin de garantizar una gestión pública eficiente y moderna.

De acuerdo al eje 2 “TULANCINGO HUMANO E INCLUYENTE”, establecido en el Plan Municipal de Desarrollo 2016-2020, el Presidente Municipal Constitucional de Tulancingo de Bravo, el C. Lic. Fernando Pérez Rodríguez y el H. Ayuntamiento, buscan incrementar el bienestar social para el desarrollo integral de las personas, las familias y los diversos grupos sociales en el municipio, implementando programas y acciones que permitan el desarrollo social e igualdad de oportunidades.

Objetivo del Manual

Establecer los lineamientos a seguir para orientar a los servidores públicos responsables de desempeñar eficiente y eficazmente las acciones adecuadas que promuevan el desarrollo humano integral de los adultos mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo económico-social.

Marco Jurídico Administrativo

Disposiciones Federales

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Ley de Asistencia Social
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley General de Desarrollo Social
- Acuerdo por el cual el Organismo descentralizado denomina Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, queda agrupado en el sector coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social D.O.F. 13-03-03

Disposiciones Estatales

- Constitución Política del Estado de Hidalgo
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo
- Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo
- Ley de los Derechos de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo.
- Ley de Desarrollo Social del Estado de Hidalgo.

Disposiciones Municipales

- Bando de Policía y Buen Gobierno del Municipio de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.
- Plan Municipal de Desarrollo, Tulancingo de Bravo. 2012-2016

PROCEDIMIENTO 1

Afiliación y credencialización de Adultos Mayores al INAPAM

PROCEDIMIENTO 1

1.1 Propósito del procedimiento

Brindar a las personas mayores de 60 años una identificación de afiliación para que puedan disfrutar de los beneficios que proporciona INAPAM.

1.2 Alcance

Por la naturaleza misma del procedimiento, este aplica al personal del INAPAM, y al de la casa del Adulto Mayor y DIF municipal.

1.3 Responsabilidades.

1.3.1 Encargado del INAPAM

- “ Procurar el cumplimiento de la normatividad vigente
 - “ Supervisar y evaluar las actividades de elaboración de credenciales.
- #### 1.3.2 Recepción.
- “ Coadyuvar en la elaboración de las credenciales.

1.4 Políticas de Operación

- “ Se atenderá de manera eficiente y respetuosa a los adultos mayores
- “ Los requisitos presentados por los interesados a este Instituto deberán ser legibles.
- “ Los interesados que soliciten el servicio deberán tener 60 años cumplidos

1.5 Requisitos

2 copias de credencial de elector o identificación oficial con fotografía.
2 copias de CURP.
1 copia de Acta de nacimiento
3 fotografías tamaño infantil.
2 copias de comprobante de domicilio (solo en el caso de que su domicilio actual no sea el que aparece en su identificación)
Proporcionar el nombre y teléfono de un familiar o conocido.

1.6 Formatos

IA-ST-003

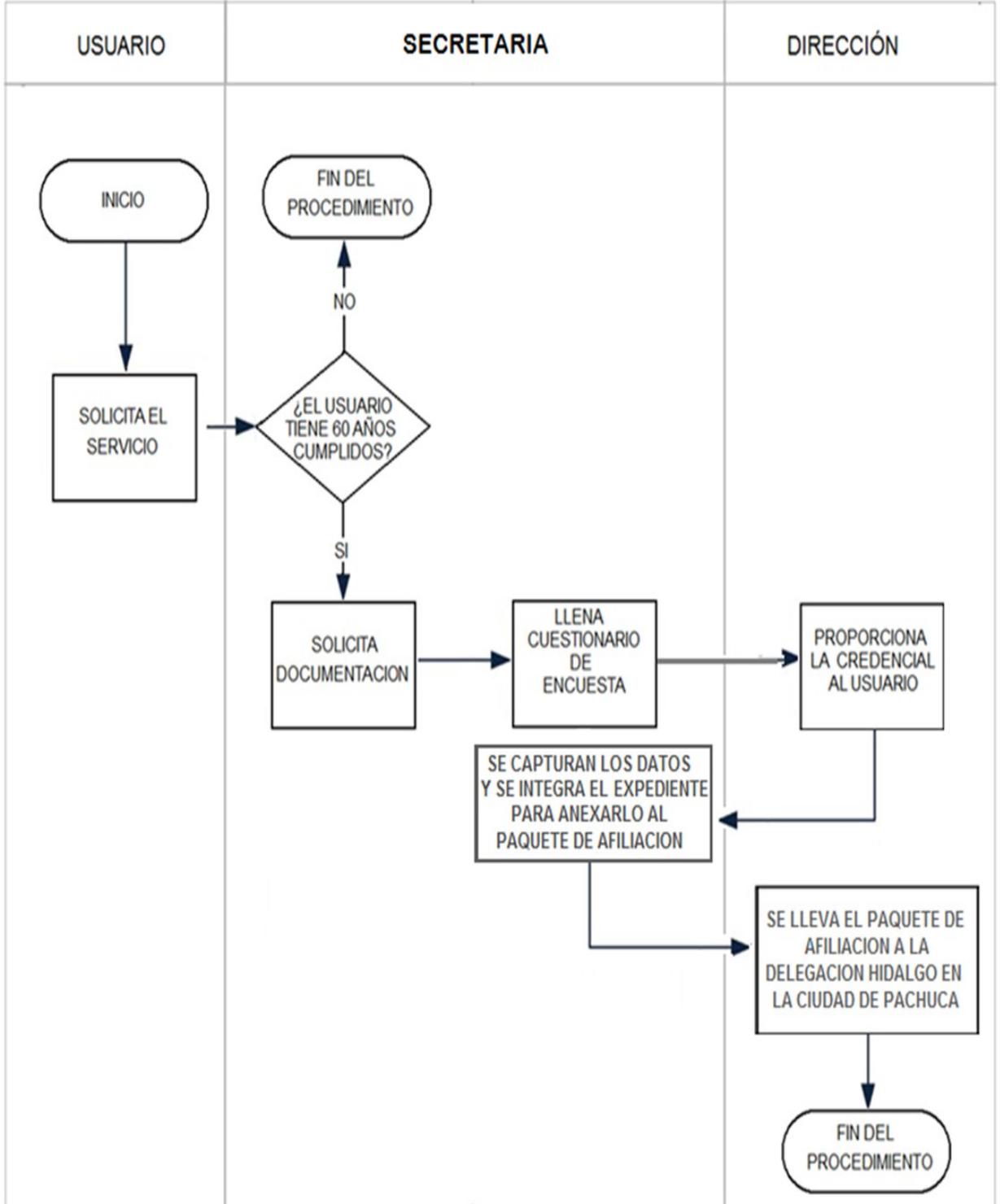
PROCEDIMIENTO 1

1.7 Descripción de actividad

Paso	Responsable	Descripción de actividades	Formato
1	USUARIO	SOLICITA EN LAS OFICINAS DE INAPAM EL SERVICIO	
2	OFICINA INAPAM	VERIFICA QUE EL USUARIO TENGA 60 AÑOS DE EDAD CUMPLIDOS Y REvisa LA DOCUMENTACIÓN, SI CUENTA CON TODOS LOS REQUISITOS CONTINUA AL PASO 4 DE LO CONTRARIO PASO 3.	
3		FIN DEL PROCEDIMIENTO	
4	OFICINA INAPAM	LLENA EL FORMATO DE AFILIACIÓN	IA-ST-003
5	USUARIO	FIRMA EL FORMATO	IA-ST-003
6	OFICINA INAPAM	ELABORA LA CREDENCIAL QUE LO ACREDITA COMO AFILIADO AL INAPAM	CREDENCIAL EMITIDA POR EL INAPAM
7	OFICINA INAPAM	PROPORCIONA LA CREDENCIAL AL USUARIO	
8	OFICINA INAPAM	SE INTEGRA EL EXPEDIENTE Y CAPTURA LA INFORMACIÓN	
9	OFICINA INAPAM	SE INTEGRA AL PAQUETE DE AFILIACIÓN Y SE LLEVA A LA DELEGACION DEL INAPAM HIDALGO.	DELEGACION INAPAN EN LA CD. DE PACHUCA
10		FIN DEL PROCEDIMIENTO	

Fluxograma del procedimiento

PROCESO 1: AFILIACIÓN DE ADULTOS LOS MAYORES AL INAPAM





FORMATO INAPAM IA-ST-003 (CARA ANTERIOR)

 SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL		INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN FORMATO IA-ST-003	 INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
SOLO PERSONAL AUTORIZADO		TRÁMITE GRATUITO	
FECHA DE ELABORACIÓN ___/___/___		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	No.FOLIO _____ CVE. MOV. _____
MÓDULO: _____		REVISÓ DOCUMENTOS _____	ELABORÓ TARJETA _____
DATOS DEL SOLICITANTE			<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: auto;"></div>
APELLIDO PATERNO: _____			
APELLIDO MATERNO: _____			
NOMBRE(S): _____			
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___			
ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO			
CURP _____			
OTRO DOCUMENTO PROBATORIO: _____			
DIRECCIÓN			
CALLE Y NÚMERO _____		TELÉFONO: _____	
COLONIA: _____		C.P. _____	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____		ENTIDAD FEDERATIVA _____	
EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____			
TELÉFONO: _____			
Ordene los servicios en los que piensa utilizar su Tarjeta INAPAM en orden de prioridad usando los números del 1 al 6 siendo 1 al de mayor importancia y 6 el de menor importancia.			
<input type="checkbox"/> Alimentación	<input type="checkbox"/> Vestido y Calzado	<input type="checkbox"/> Medicamentos, Servicios de Salud	
<input type="checkbox"/> Agua y Predial	<input type="checkbox"/> Recreación	<input type="checkbox"/> Transporte Local y Foráneo	
¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM? _____			
VIVE EN CASA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> PRESTADA <input type="checkbox"/> OTRO _____			
¿CUENTA CON SERVICIOS SALNITARIOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿CON QUIÉN VIVE? SOLO <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/> AMISTADES <input type="checkbox"/> CENTRO DE ASISTENCIA <input type="checkbox"/> OTRO _____			
¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿HABLA ALGÚN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿CUAL? _____			
PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:			
<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> PADECIMIENTO NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CÁNCEROSA	
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	OTRA _____	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA		
¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____			
PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN <input type="radio"/> ANDADERA <input type="radio"/> SILLA DE RUEDAS <input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/>			
¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES			
OLFATO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	OÍDO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	VISTA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	GUSTO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL? _____			
EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MÁS DE 2 CAÍDAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN DOMICILIO <input type="checkbox"/> EN LA CALLE <input type="checkbox"/>			
¿CUANTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA LA DÍA? 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> MÁS DE 7 <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>			

FORMATO INAPAM IA-ST-003 (CARA POSTERIOR)

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
FORMATO IA-ST-003

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos, 6 fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de la Ley de las Personas Adultas Mayores y el artículo 24 fracción XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Estoy enterado, recibí tarjeta de conformidad

Nombre y Firma

Huella

PROCEDIMIENTO 2

**Gestionar convenios con prestadores de bienes
y servicios para otorgar descuentos a los adultos
mayores afiliados al INAPAM**

PROCEDIMIENTO 2

2.1 Propósito de la Actividad

Ayudar en su economía a los adultos mayores del municipio realizando convenios con los prestadores de bienes y servicio para otorgarles descuento.

2.2 Alcance

Por la naturaleza misma del procedimiento, aplica a todos los afiliados al INAPAM a nivel nacional.

2.3 Responsabilidades

2.3.1 Encargada del INAPAM

Gestionar los convenios necesarios para la realización eficiente del procedimiento.

Realizar las entrevistas con los prestadores de bienes y servicios.

Supervisar que los requisitos necesarios para realizar el convenio se cumplan.

Hacer llegar los convenios a la delegación de INAPAM de Hidalgo

Proporcionar una calcomanía a quién realice el convenio para identificar su establecimiento como socialmente comprometido con el Adulto Mayor.

2.4 Políticas de Operación

Todo comercio o empresa podrá participar llenando los requisitos.

Los prestadores de bienes y servicios deberán llenar y firmar una carta compromiso que especifique el porcentaje de descuento que otorgará y en que bienes y/o servicios.

2.5 Formato

No aplica

2.6 Definiciones

No aplica

PROCEDIMIENTO 2

2.7 Descripción de actividad

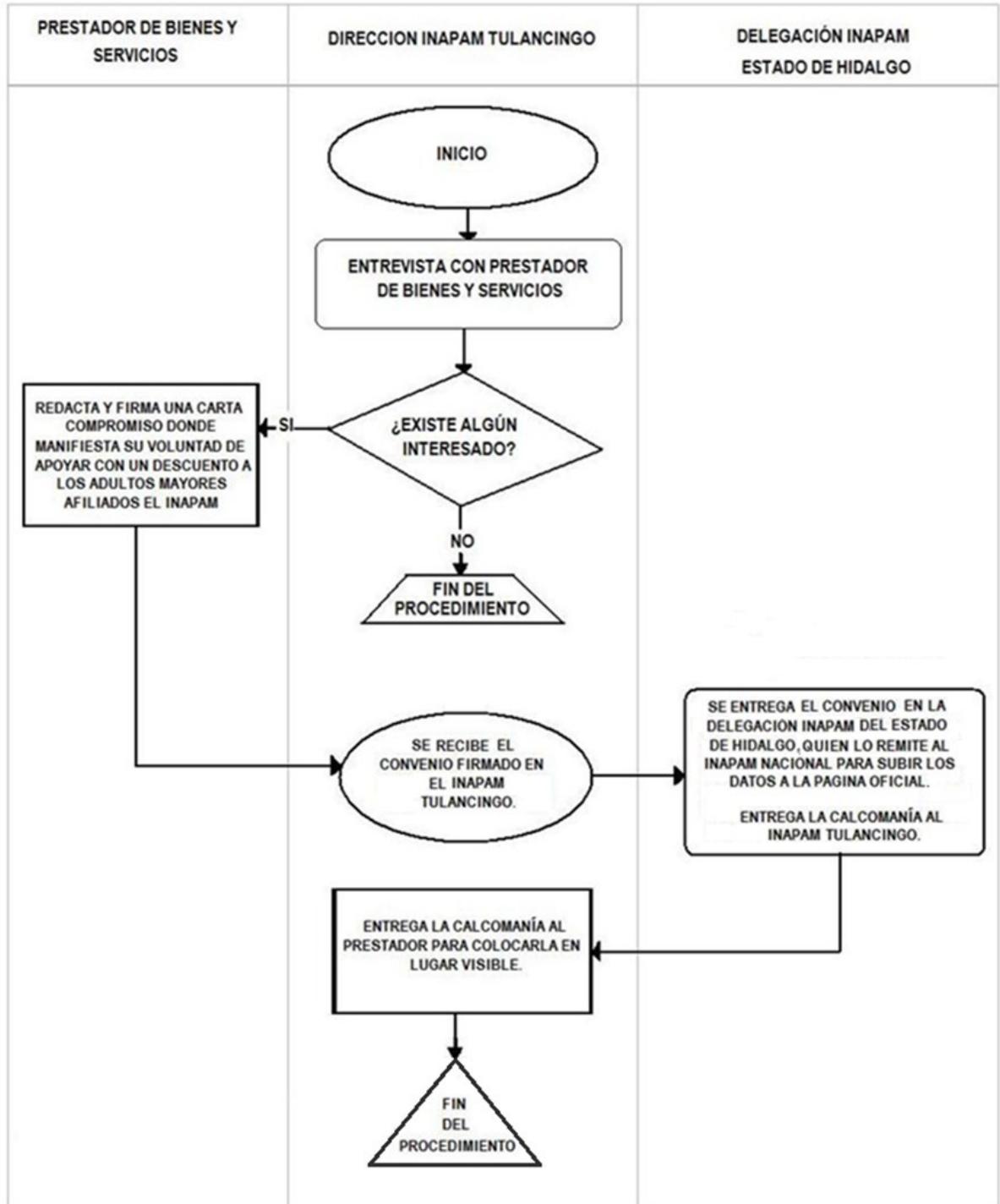
Paso	Responsable	Descripción de actividades	Formato
1	TITULAR DE INAPAM	Hacer la visita al prestador de bienes y servicios para proporcionar la información de beneficios y obligaciones que conlleva la firma del convenio con el INAPAM.	
2	PRESTADOR DE BIENES Y SERVICIOS	Si le interesa y le es posible el apoyo a los adultos Mayores sigue el paso 4 de lo contrario paso 3	
3		FIN DEL PROCEDIMIENTO	
4	PRESTADOR DE BIENES Y SERVICIOS	El prestador de bienes o servicios elabora una Carta-compromiso donde manifiesta su voluntad de otorgar descuento en su establecimiento a las personas afiliadas al INAPAM.	CARTA-COMPROMISO FIRMADA POR EL PRESTADOR DE BIENES Y/O SERVICIOS
5	TITULAR DE INAPAM	Llevar el convenio a la Delegación del INAPAM Hidalgo, en la ciudad de Pachuca y recibir la calcomanía.	
6	TITULAR DE INAPAM	Se entrega la calcomanía al Prestador de bienes y Servicios para que la coloque en su establecimiento.	CALCOMANÍA EMITIDA POR EL INAPAM
7		FIN DEL PROCEDIMIENTO	

Fluxograma del procedimiento

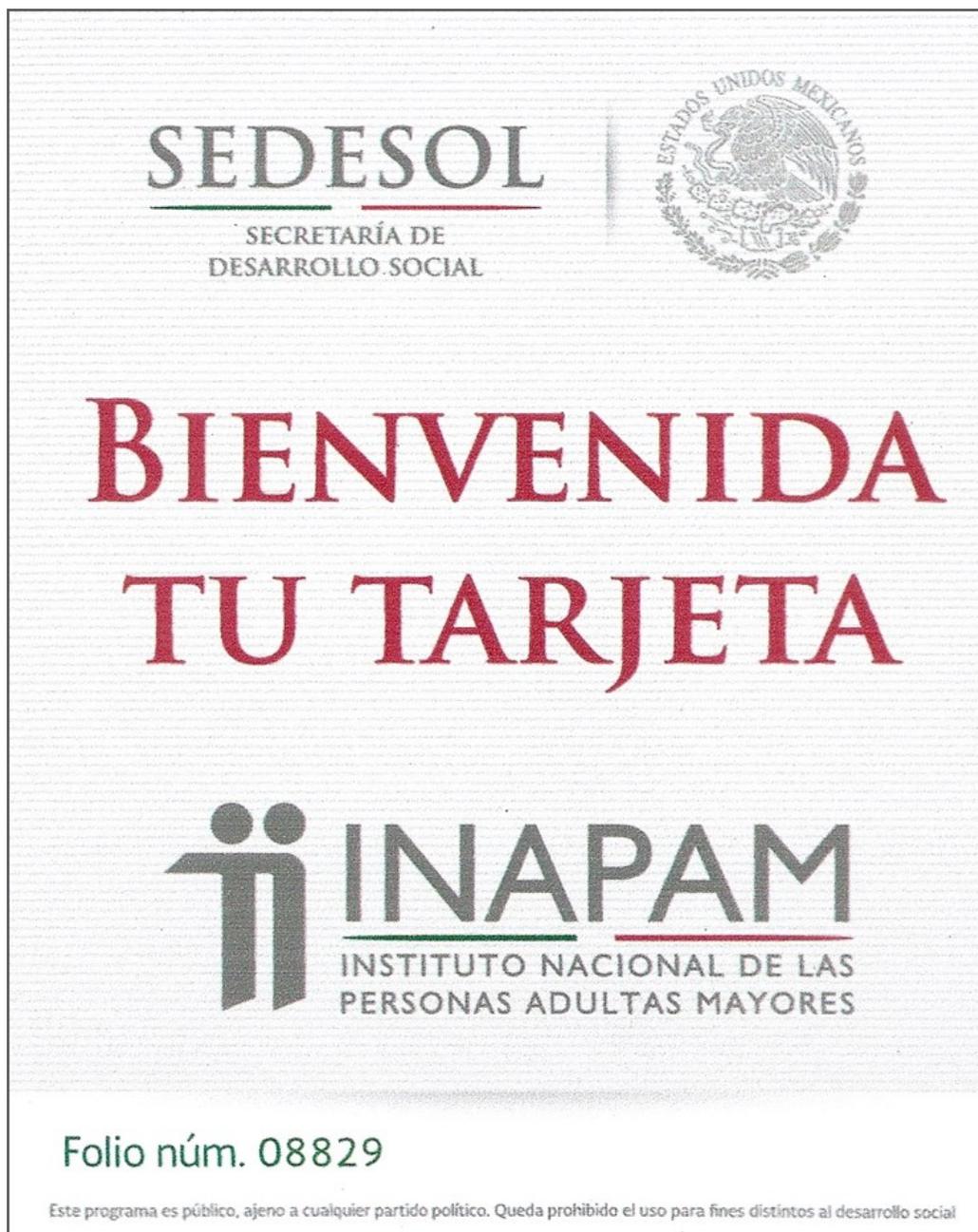
2.8 Fluxograma de procedimiento

Proceso 2:

"Gestionar convenios con prestadores de bienes y servicios para otorgar descuentos a los adultos mayores afiliados al INAPAM"



CALCOMANÍA QUE SE LE ENTREGA POR PARTE DEL INAPAM AL PRESTADOR DE BIENES Y SERVICIOS QUE HA ACEPTADO APOYAR CON DESCUENTO EN SU ESTABLECIMIENTO A LOS ADULTOS MAYORES PARA QUE LA COLOQUE EN UN LUGAR VISIBLE.



PROCEDIMIENTO 3

Vincular y dar seguimiento a los adultos mayores que se interesan en el programa nacional de empacadores voluntarios para laborar en las cadenas de supermercados que tienen convenio con el INAPAM

PROCEDIMIENTO 3

3.1 Propósito de la Actividad

Ayudar en su economía a los adultos mayores del municipio, realizando la vinculación y el seguimiento de los adultos mayores interesados en participar dentro del programa de empacadores voluntarios que tiene el INAPAM en convenios con cadenas de supermercados.

3.2 Alcance

Por la naturaleza misma del procedimiento, aplica a todos los afiliados al INAPAM.

3.3 Responsabilidades

3.3.1 Encargada del INAPAM

Dar a conocer a las empresas que tienen convenios la ubicación de las oficinas y los requisitos que el INAPAM requiere para este procedimiento. Realizar las entrevistas con los solicitantes del trabajo. que deben firmar y avalarlos.

Supervisar que los requisitos necesarios para realizar el convenio se cumplan.

Darles a conocer sus derechos y obligaciones que deberán firmar de enterados.

Llenar una encuesta y solicitud laboral que deberán firmar.

Emitir una carta de aceptación para que la empresa los pueda admitir.

Se capturan los datos del trabajador en el portal nacional.

A los seis meses se les da seguimiento para que si están en buen estado de salud, continúen laborando.

PROCEDIMIENTO 3

3.4 Políticas de Operación

Todo comercio o empresa podrá participar llenando los requisitos.

Las empresas deberán hacer convenios de vinculación laboral con el INAPAM.

“ Los requisitos presentados por los interesados a este Instituto deberán ser legibles.

“ Los interesados que soliciten el servicio deberán cumplir tanto con los requisitos que la Empresa les solicita como los que pide el INAPAM.

3.4.1 Requisitos que solicitan las Empresas

-Tener 60 años o más

-Tarjeta Inapam

-Estar Pensionado o Jubilado por el IMSS o ISSSTE o bien tener Seguro Popular o seguro por parte de una familiar.

-Certificado Médico de buena salud

3.4.2 Requisitos que solicita el INAPAM

2 fotografías

Copia CURP

Copia Credencial de Inapam

Certificado de Salud

Copia de Comprobante de Domicilio

Número de IMSS o ISSSTE en caso de contar con ello.

3.5 Formatos

FO-VAP-DAD-01-03

FO-VAP-DAD-01-05

ACTIVIDADES DE EMPACADOR VOLUNTARIO

3.6 Definiciones

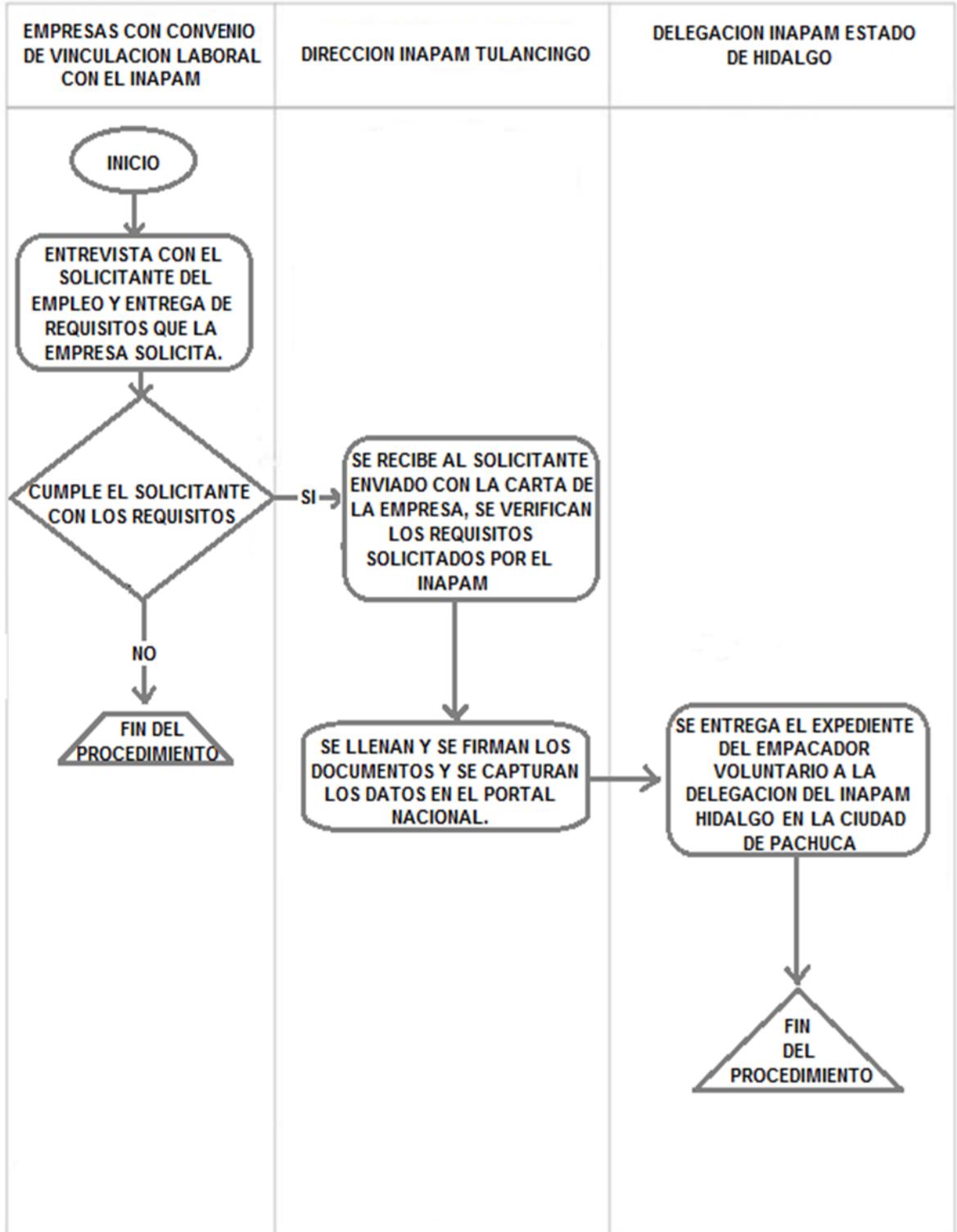
No aplica

PROCEDIMIENTO 3

3.7 Descripción de actividad

Paso	Responsable	Descripción de actividades	Formato
1	TITULAR DE INAPAM	Dar a conocer a las empresas que tienen convenios la ubicación de las oficinas y los requisitos que el INAPAM requiere para este procedimiento.	
2	EMPRESA	Realizar las entrevistas con los solicitantes del trabajo y de cumplir con los requisitos que la empresa les solicita, los remite al INAPAN	
3	INAPAM	Recibe al solicitante con la carta de aceptación de la Empresa y los documentos que le requiere el INAPAM, se le entrevista y firma el reglamento y formatos.	FO-VAP-DAD-01-03 FO-VAP-DAD-01-05 ACTIVIDADES DE EMPACADOR VOLUNTARIO
4	INAPAM	Emitir una carta de aceptación para que la empresa los pueda admitir.	Carta de aceptación.
5	INAPAM	Se capturan los datos en el Portal Nacional.	
6	TITULAR DE INAPAM	Llevar el expediente a la Delegación del INAPAM Hidalgo, en la ciudad de Pachuca.	
7		FIN DEL PROCEDIMIENTO	

Fluxograma del procedimiento



Formato FO-VAP-DAD-01-03 (cara anterior)

FO-VAP-DAD-01-03



SEDESOL
SECRETARÍA DE
DESARROLLO SOCIAL





INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

Folio No. _____ Renovación Inicial

Solicitud de Vinculación Productiva Programa de Inclusión Social para las Personas Adultas Mayores	No. Credencial Inapam _____	CURP _____
	Fecha de Solicitud _____ / _____ / _____	

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre _____	
Edad _____	Fecha de Nacimiento _____	Sexo HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
Delegación o Municipio _____		Dirección (Calle, exterior, interior) _____	
Colonia _____	Código Postal _____	Teléfono _____	¿Esta pensionado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Régimen de Pensión IMSS 1973 _____ IMSS 1997 _____ ISSSTE _____			Especificar otra Pensión OTRA _____
¿Tiene alguna discapacidad?			
Ninguna _____ Sensoriales y de Comunicación _____ Motrices _____ Mentales _____			

ESCOLARIDAD

Señale cuál es su último grado de estudios (marque solo una opción y especifique la especialidad)			
Sin Instrucción _____ ()	Leer y escribir _____ ()	Primaria Certificada _____ ()	
Secundaria Certificada _____ ()	Técnicas o Comerciales Certificada _____ ()		
Preparatoria Certificada _____ ()	Título Universitario _____ ()		

¿Habla otro idioma?	¿Tiene conocimiento en cómputo?
NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____	NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____

Formato FO-VAP-DAD-01-03 (cara posterior)

FO-VAP-DAD-01-03



SEDESOL
SECRETARÍA DE
DESARROLLO SOCIAL



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

EXPERIENCIA LABORAL

¿Cuál fue el último trabajo o experiencia laboral?

Hago constar que la información proporcionada en esta solicitud son verdaderas y que es mi voluntad adherirme al programa de Vinculación Productiva para las Personas Adultas Mayores autorizando al INAPAM proporcionar mi información personal a empresas para poder contactarme con la finalidad de concursar por una oferta ocupacional o de empleo. Excluyo al INAPAM de cualquier responsabilidad laboral, civil, penal, administrativa o cualquier otra en virtud de que el programa de Vinculación Productiva para las Personas Adultas Mayores consiste en informar a las empresas sobre la solicitud de Vinculación Productiva para las Personas Adultas Mayores sin que ello implique una relación contractual con el INAPAM.

Nombre y Firma del Solicitante

Los datos que usted proporcione, serán protegidos en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en consecuencia para ponerlos a disposición del público cuando exista una solicitud de acceso a la información, se actuara en términos de lo previsto en la citada Ley y el área responsable de la información en este formato es la Jefatura del Departamento de Gestión y Seguimiento.

Observaciones:

Comentarios Adicionales	Atendió
	NOMBRE _____ FIRMA _____

"Este programa es público ajeno a cualquier partido político, queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

Formato FO-VAP-DAD-01-03 (cara anterior)



DEPARTAMENTO DE GESTION Y SEGUIMIENTO CARTA DE VINCULACIÓN PARA ENTREVISTA
MODELO DE VINCULACIÓN PRODUCTIVA

Fecha:	No. Credencial:	Folio del Adulto Mayor:
Enviado a:		
Dirección:		
Por este conducto me permito presentarle a: _____		

Formato FO-VAP-DAD-01-03 (cara posterior)



La persona adulta mayor presentada en esta carta solicita ser vinculada al programa de Empacador Voluntario para competir por alguna de sus vacantes, por lo que es de mucha utilidad que nos notifique a los Teléfonos _____7531989_____, de 09:00 a 14:00 horas de Lunes a Viernes el resultado de la entrevista.

Atentamente :	(Nombre y cargo) _____	Firma:	
------------------	------------------------	--------	--

El firmante autoriza a este Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores a utilizar los datos personales descritos en la presente carta de vinculación, para única y exclusivamente la afiliación correspondiente al Programa de Empacadores Voluntarios.

Es mi voluntad participar en el Programa de Empacadores Voluntarios deslindando al INAPAM de cualquier responsabilidad laboral, civil, penal, administrativa o cualquier otra de que se le tratase de involucrar, ya que el programa consiste única y exclusivamente en informar al INAPAM sobre las solicitudes de Vinculación realizadas por las Personas Adultas Mayores sin que ello implique una relación laboral con el Instituto.

Nombre y Firma del Solicitante

Los datos que usted proporcione, serán protegidos en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en consecuencia para ponerlos a disposición del público cuando exista una solicitud de acceso a la información, se actuara en términos de lo previsto en la citada Ley y el área responsable de la información en este formato es la Jefatura del Departamento

ACTIVIDADES DEL EMPACADOR VOLUNTARIO

Dirigirse de manera amable y cordial hacia el cliente de la tienda, sus compañeros y empleados de la tienda, procurando evitar conflictos internos.

El empacador voluntario se comprometerá a presentarse aseado.

Permanecer en la parte frontal del área de cajas en su horario de actividad.

Empacar cuidadosamente la mercancía.

Ingerir sus alimentos y/o medicamentos en sus lapsos de descanso.

Mantener limpia y ordenada el área de recepción de productos, e informar al cliente que todo se encuentra empacado en las bolsas.

No debe entrar a la tienda a buscar productos o checar precios, esto lo deberá resolver el cajero.

No realizará la limpieza de otras áreas de la tienda.

Deberá acomodar los carritos y canastas que el consumidor de la tienda deje en el área de cajas, no excediendo de tres carritos y únicamente en el área de cajas.

No deberá realizar actividades en otras áreas de la tienda que no sea la correspondiente a las de empacador voluntario.

Bajo ningún motivo o circunstancia deberá haber adultos mayores coordinando a sus compañeros.

En caso de que se rompa algún producto o exista un problema con un cliente de la tienda, relacionado con la falta de algún artículo, se deslindaran responsabilidades y si los empacadores voluntarios no son responsables, la obligación de absorber el reembolso o cambio del mismo será de la tienda.

En caso de alguna eventualidad o accidente dentro de las instalaciones, la empresa se encargará de llamar una ambulancia y/o dar aviso a un familiar.

En caso de conflicto se debe dar aviso de inmediato al Coordinador de cajas de la empresa,

Por el bienestar y seguridad de las personas adultas mayores que integran el Sistema de empaçado voluntario, no podrán exceder de 6 horas de actividad al día, ni realizar actividades de empaçador voluntario en más de una tienda de autoservicio.

Si tiene una emergencia, avisará al Coordinador de cajas o preferentemente de manera directa a Recursos Humanos de la tienda.

En caso de que el adulto mayor tenga necesidad de ausentarse sea previsto o no, informará a recursos humanos el periodo de ausencia, con la finalidad de que su lugar no sea ocupado por otra persona adulta mayor y/o la misma tienda requiera otra/o empaçador voluntario.

Deberá presentar certificado médico cada tres y/o seis meses de acuerdo como se lo solicite la tienda, debiendo certificar el médico que expide dicho certificado, que se encuentra apto para desempeñarse como empaçador voluntario, de no ser así la empresa dará aviso al INAPAM de que no podrá continuar con esta actividad por seguridad de la persona adulta mayor, la persona adulta mayor deberá presentarse a las oficinas del INAPAM, ubicadas en Puebla 182 – Planta Baja, Módulo de Vinculación Productiva.

No intercambiar sus propinas con los cajeros, ni acudir al “carrito” para cambiar el dinero, es obligación del cajero solicitarlo directamente al responsable del cambio.

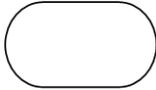
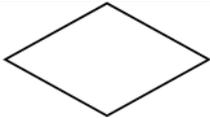
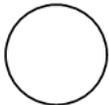
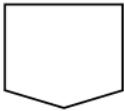
En caso de percatarse que el cliente de la tienda, lleva escondido entre sus pertenencias algún producto, dar aviso al cajero mediante la clave que establezcan.

Recordar que la propina no es obligatoria.

DESPUES DE HABER LEIDO ESTE DOCUMENTO, ACEPTO LO QUE AQUÍ SE INDICA COMO MIS ACTIVIDADES DE EMPACADOR VOLUNTARIO.

FECHA, NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Simbología ANSI para Diagramas de Flujo

Simbología	Nombre	Descripción
	Inicio o término	Señala donde inicia o termina un procedimiento
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento.
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea con la que se debe continuar.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas quedan separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que deben realizarse las tareas.
	Proceso	Indica el procedimiento de la información

Respaldo Jurídico

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 115, fracción II, párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 141 fracción II de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; artículo 60, fracción I, inciso a), de la Ley Orgánica Municipal; artículo 26, fracción II del Bando de Policía y Buen Gobierno del Municipio, y el Eje 2 “Tulancingo Humano e Incluyente” del Plan Municipal de Desarrollo 2016–2020. Se realiza el presente Manual de Procedimientos de la Oficina de Enlace con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), de la Administración Pública Municipal de Tulancingo de Bravo.



Tulancingo de Bravo, Hidalgo
Administración 2016-2020