

DIRECCIÓN DE ACCIONES EN FAVOR DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
PROGRAMA DE APOYOS SOCIALES ECONÓMICOS PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
TRABAJADORES, EN RIESGO O SITUACIÓN DE CALLE

**Cierre de Expediente**

Municipio:	
Nombre completo del niño, niña o adolescente:	
Folio:	
Edad en años y meses	
Fecha de Cierre	

Condiciones del cierre:

Terminación del proceso ( ) Interrupción ( ) Abandono del proceso ( ) Incumplimiento ( )

Logros alcanzados
-------------------

Obstáculos encontrados
------------------------

Motivo del cierre
-------------------

¿Requiere de más atención asistencial? Sí ( ) No ( )      ¿Requiere seguimiento? Sí ( ) No ( )

Especifique porqué
--------------------

¿Hay nuevos riesgos ante el menor? Sí ( ) No ( )

¿Cuáles?
----------

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma)  
Promotor Infantil Comunitario

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma)  
Coordinador del Programa DIM SMDIF