

INFORME DE TRABAJO TRIMESTRAL

CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE JULIO AGOSTO SEPTIEMBRE DE 2020

Dependencia
UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN

Nombre del Responsable
IRMA YOLANDA NUÑEZ PÉREZ

Acciones o Actividades Planeadas	Realizadas		% Meta Alcanza da	Indicador de Evaluación
	Sí	No		
1 ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE SOLICITAN EL SERVICIO.	X		85%	DAR LA INFORMACIÓN AL USUARIO
2 CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA	X		80%	INCREMENTAR LA AGENDA
3 TERAPIA FÍSICA	X		90%	AGENDAR DE FORMA INMEDIATA
4 ELABORACIÓN DE REPORTE DIARIO DE TERAPIA FÍSICA	X		100%	REALIZAR EL REPORTE AL TERMINO DE LA JORNADA
5 AGENDA DE ACTIVIDADES	X		100%	REALIZAR EN TIEMPO Y FORMA
6 ELABORAR INFORME MENSUAL A CRI	X		100%	ELABORAR EN FECHA SOLICITADA
7 BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE LAS CREDENCIALES DE DISCAPACIDAD	X		100%	ENTREGA DE INFORMACIÓN EN FÍSICO
8 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES	X		100%	SOLICITAR AL USUARIO LOS DOCUMENTOS PARA EL MISMO

IMPACTO DE Trabajo Realizado (En términos generales señalar cómo se ha beneficiado AL SISTEMA DIF municipal y a la población en general el trabajo desarrollado))
SE ATIENDE A POBLACIÓN EN GENERAL AUN SIENDO BENEFICIARIOS DEL SECTOR SALUD O PRIVADO

Obstáculos y Dificultades (En términos generales señalar los problemas que enfrentaron más sensibles y que afectaron el desarrollo de las actividades)
POR COVID-19, DEBIDO A LA PANDEMIA SE DEJARON DE REALIZAR ALGUNAS ACTIVIDADES AL 100 % POR EL CUIDADO A PERSONAS VULNERABLES

Evidencias (Relación de documentos, fotografías, gráficos, constancias que se anexan como evidencia del trabajo realizado)
1 FOTOGRAFÍAS

2	REPORTES DIARIOS DE TERAPIA FÍSICA
3	
4	

Tecolotlán, Jalisco, 30 de Septiembre de 2020
Lugar y Fecha

IRMA YOLANDA NUÑEZ PEREZ
Nombre y Firma del Responsable

Vo Bo
IRMA YOLANDA NUÑEZ PÉREZ
Nombre y Firma del Director o Responsable de la Dirección o Área

Recibido: Se hace constar por Dirección General, que se recibió el presente Informe de Trabajo, vía electrónica el día:		
30	09	2020
A las		
12 :00 HRS		
Atentamente L.N. ANABEL LOPEZ LEPE		