

Capacitación a los Lineamientos de Operación para el Proyecto 10:

Atención Integral a
Familias Jaliscienses

Guadalajara, Jalisco
9 septiembre 2020

Nos
reúne
ayudarte

Dif
JALISCO



CODIGO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

- **Artículo 5.-** Son sujetos de asistencia social de manera prioritaria, los siguientes:



PERFIL DE BENEFICIARIOS

1. **Familias en las que el proveedor(a) económico de la familia esté privado(a) de su libertad** y el ingreso es insuficiente para atender sus necesidades básicas.
2. **Familias cuyo proveedor haya fallecido en un periodo no mayor a seis meses y la economía de la familia se vea desequilibrada por dicho deceso**, o familias de los elementos caídos (empleados de seguridad pública que se accidentan o fallecen en el desempeño de sus funciones).
3. **Familias cuyo proveedor(a) obtenga un ingreso variable e insuficiente para cubrir necesidades de atención médica:** insumos para la salud, medicamentos, sesiones de hemodiálisis de carácter urgente, de uno de los integrantes (adultos y niños).



PERFIL DE BENEFICIARIOS

4. Familias en las que el padre o la madre se encuentren **desempleados**, sin redes de apoyo económico, familiar e institucional.

5. Mujeres jefas de familia con **enfermedad crónico degenerativa, progresiva o discapacidad con economía insuficiente** para cubrir sus necesidades básicas.

6. Mujeres jefas de familia con ingresos insuficientes que cuenten **con un miembro de la familia que presente enfermedad crónica degenerativa o discapacidad** y que no se pueda emplear por el cuidado del mismo.



PERFIL DE BENEFICIARIOS



7. Mujeres u hombres que por vivir en condiciones de violencia requieran del apoyo asistencial. Mujer u hombre que viva solo y presente alguna enfermedad crónica degenerativa o discapacidad con recursos económicos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas de alimentación y/o salud.

8. Mujer u hombre sin ingresos propios a cargo de su pareja o cónyuge con una enfermedad crónica degenerativa o discapacidad, agregados a su familia de origen.

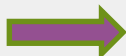
APOYOS A OTORGAR CON RECURSO ECONOMICO



- ☐ Implementos para Rehabilitación: sillas de ruedas especiales, aparatos auditivos, camas de hospital,
- ☐ Prótesis
- ☐ Suplementos alimenticios para tres meses.
- ☐ Pañales desechables para tres meses
- ☐ Medicamentos Especializados.
- ☐ Insumos para la Salud.
- ☐ Médicos y Estudios Especializados.
- ☐ Servicio Funerario: para decesos ordinarios y para decesos por COVID

APOYOS ASISTENCIALES

Implementos para rehabilitación

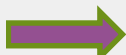


- Sillas de ruedas especiales.
- Carriola para PCI.
- Aparatos auditivos.
- Diadema auditiva.
- Zapatos ortopédicos.
- Otros.

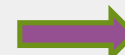


- De acuerdo al costo del insumo, se considera 1 apoyo por pieza.

Medicos y estudios especializados



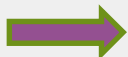
- Renta de equipo quirúrgico especializado, elementos de osteosíntesis, complemento para procedimientos médicos especializados (cateterismo, angioplastia, válvulas, entre otros) . Asimismo, pago de estudios médicos de gabinete, laboratorio, radiológicos.



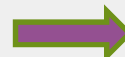
- Considerando el costo total del insumo, se podrá otorgar hasta \$9,900 pesos, previa valoración.

APOYOS ASISTENCIALES

Insumos para la salud



- Renta de tanque de oxígeno.
- Recarga de oxígeno.
- Concentrador de oxígeno.
- Servicio de Hemodiálisis.
- Material de Curación.
- Cama Hospitalaria.
- Fajas o prendas de compresión.
- Grúas médicas.
- Otros.



- De 1 hasta 3 meses se considera como 1 apoyo.

Medicamentos especializados



- Mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio que se presente en forma farmacéutica.



De acuerdo a prescripción medica se puede cubrir el tratamiento hasta por un período de 3 meses.

APOYOS ASISTENCIALES

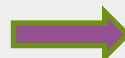
Pañales



- Se puede otorgar a bebés en condiciones especiales, adultos, adultos mayores y personas con discapacidad.

Pañal para adulto: 12 paquetes para 1 mes.

Pañal para niño: 4 paquetes para un mes.



- De 1 hasta 3 meses se considera como 1 apoyo.

Suplementos alimenticios



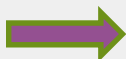
- Son productos que de acuerdo a valoración medica se prescriben en función de incrementar, complementar o suplir alguno de los componentes que adquirimos a través de la dieta. Pueden ser ensures, pediasure, glucerna, entre otros.



- De 1 hasta 3 meses se considera como 1 apoyo.

APOYOS ASISTENCIALES

Servicio funerario



- Es el apoyo para el pago de servicios y trámites funerarios, traslado de cuerpo o cremación. Hasta \$6,000.00 para decesos ordinarios y hasta \$9,000.00 para decesos por COVID.



- 1 servicio igual a 1 apoyo.

- Considerar los requisitos para el apoyo de servicios funerarios de casos Covid, que deberá ser residente del estado de jalisco, en situación de vulnerabilidad durante la pandemia Covid, el servicio consta de: recolección del cuerpo ya sea de casa, hospital, trasladado, para cremación con urna asistencial, o inhumación con ataúd asistencial, (deberá contar con la cripta).

*consultar con su Asesor particularidades para este trámite.

FORMATOS



¿Cuáles formatos voy a utilizar?

Específicamente los que les hará llegar su Asesor actualizados. **Descartar** los formatos antes utilizados.



- Metodológicamente, el primer formato o instrumento a utilizar es la **Entrevista-Orientación**, con ella inicia nuestro proceso de atención, principalmente en los casos de Iniciativa Propia



ENTREVISTA

- Se utiliza independientemente del programa **CASOS URGENTES** o **FORTALECIMIENTO SOCIOFAMILIAR**.
- Justifica Apoyos desde \$0.01 hasta \$2,000.00.
- Si la suma total de los apoyos otorgados no supera los \$2,000.00.
- La puede aplicar el **TRABAJADOR SOCIAL** o **PROMOTOR**.

La Entrevista en Trabajo Social

								Fecha				
Servicio y/o Subprograma				Procedencia								
CURP				No. de Expediente o Registro								
Datos Generales												
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)		Fecha de Nac.		Día	Mes	Año
Sexo		Edad		Estado Civil		Grupo Etario						
Ocupación				Escolaridad								
Domicilio		Tipo de Validad	Nombre				No.	Int.				
C. P.		Cruza con		Colonia o Comunidad								
Estado y Mpio. de Nac.				Estado y Mpio.de Residencia				País				
Teléfono Particular			Teléfono Recados			Nombre						
El beneficiario o solicitante tiene alguna discapacidad				Sí		No		Tipo de Discapacidad				
Datos del padre o Tutor (Solo en Casos de Menores de Edad o Personas con Discapacidad Intelectual)												
Primer Apellido			Segundo Apellido		Nombre (s)		Edad		Parentesco			
Apoyo y/o Servicio Solicitado												
Diagnóstico Social Inicial												
Composición Familiar y Economía			Vivienda - Condición		Pago x Mes		Población Atendida					
Cantidad de integrantes de la familia												
Miembros económicamente activos			Otra (especifique)									
Miembros que aportan al gasto familiar			Personas con Enfermedades Crónicas		Núm.		Tipo:					
Ingreso mensual familiar aproximado			Otros integrantes con Discapacidad		Núm.		Tipo:					
Deudas (pago mensual)			¿Dónde atiende necesidades de salud?									
Conclusiones												
Problemática y/o Vulnerabilidad				Detonante del Problema								
Código				Código								
Diagnóstico	Código											
Apoyo y/o Servicio Otorgado	1				2							
	3				4							
Recibo de Apoyo Ordinario				Solicitud y Comprobación de Apoyos Económicos y en Especie								
Area o institución a la que fue canalizado									No.			
Caso para seguimiento de FSF o CU				Caso cerrado en V.U.			Motivo de Cierre					

**Nombre Completo, Apellidos y Firma del
Trabajador (a) o Promotor Social**

Manifiesto bajo protesta decir la verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi aceptación del aviso de confidencialidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley establecida. <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>

DIAGNÓSTICO SOCIAL INICIAL

- En un diagnóstico se intenta determinar la naturaleza y magnitud de las necesidades que afectan el aspecto, el sector o situación estudiada. Sin embargo el inicial, se considera el primer acercamiento a la obtención de datos generales para aproximarse a la problemática sentida y pasar a la reconocida.

Diagnóstico Social Inicial					
Composición Familiar y Economía		Vivienda - Condición	Pago x Mes		Población Atendida
Cantidad de integrantes de la familia					
Miembros económicamente activos		Otra (especifique)			
Miembros que aportan al gasto familiar		Personas con Enfermedades Crónicas	Núm	Tipo:	
Ingreso mensual familiar aproximado		Otros integrantes con Discapacidad	Núm	Tipo:	
Deudas (pago mensual)		¿Dónde atiende necesidades de salud?			

Considerar el catálogo para llenar estos puntos.

Conclusiones					
Problemática y/o Vulnerabilidad			Detonante del Problema		
Código			Código		
Diagnóstico	Código				
Apoyo y/o Servicio Otorgado	1		2		
	3		4		
Recibo de Apoyo Ordinario		Solicitud y Comprobación de Apoyos Económicos y en Especie			
Area o institución a la que fue canalizado					No.
Caso para seguimiento de FSF o CU		Caso cerrado en V.U.		Motivo de Cierre	

Nombre Completo, Apellidos y Firma del Trabajador (a) o Promotor Social

Fecha de actualización: 17 de abril de 2020 V. 12 Código: DJ-TS-SG-RE-05 A

Manifiesto bajo protesta decir la verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi aceptación del aviso de confidencialidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley establecida.
<http://sistemadif.jalisco.gob.mx>

Anotar el apoyo o servicio otorgado y señalar cual documento se agrega para la comprobación de este.

Recabar la firma para la protección de datos

La entrevista me permite conocer el tipo de apoyo que requiere el beneficiario, por lo que ahora puedo cotizar el costo del apoyo.



FORMATO DE COTIZACIÓN

- Debe incluir 3 COTIZACIONES para cada TIPO de APOYO.
- Se integra a TODOS los expedientes, EXCEPTO:
- *A LOS QUE RECIBEN APOYOS LICITADOS EN DIF JALISCO, ES DECIR LO QUE SE ENTREGA DIRECTAMENTE DE ALMACÉN DE DIF JALISCO.*

Nombre del Trabajador Social _____
Subprograma _____ **N° de Expediente** _____
Nombre del (a) Beneficiario (a): _____ **Sexo** _____
Edad _____ **Diagnóstico Médico (en caso de tenerlo)** _____

Fecha y Hora de Entrega al Área Administrativa
Fecha y Hora de Entrega al Trabajador Social

1. Cotizaciones

Descripción del Apoyo Solicitado	Descripción del Apoyo Solicitado	Descripción del Apoyo Solicitado	Descripción del Apoyo Solicitado
Cantidad en unidad de medida:	Cantidad en unidad de medida:	Cantidad en unidad de medida:	Cantidad en unidad de medida:
Color:	Color:	Color:	Color:
Tamaño:	Tamaño:	Tamaño:	Tamaño:
Marca preferida:	Marca preferida:	Marca preferida:	Marca preferida:
Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor
Tel:	Tel:	Tel:	Tel:
Atendió:	Atendió:	Atendió:	Atendió:
Costo Unitario \$	Costo Unitario \$	Costo Unitario \$	Costo Unitario \$
Costo Total \$	Costo Total \$	Costo Total \$	Costo Total \$
Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor
Tel:	Tel:	Tel:	Tel:
Atendió:	Atendió:	Atendió:	Atendió:
Costo Unitario \$	Costo Unitario \$	Costo Unitario \$	Costo Unitario \$
Costo Total \$	Costo Total \$	Costo Total \$	Costo Total \$
Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor
Tel:	Tel:	Tel:	Tel:
Atendió:	Atendió:	Atendió:	Atendió:
Costo Unitario \$	Costo Unitario \$	Costo Unitario \$	Costo Unitario \$
Costo Total \$	Costo Total \$	Costo Total \$	Costo Total \$

2. Aportación

DIF Jalisco	DIF Municipal	Cáritas	Familia	Otros
\$	\$	\$	\$	\$

Nombre y Firma de la Persona que Cotizó

FORMATO DE COTIZACIÓN

- Si el costo total del apoyo es de \$2,000.00 o menor a este, se justifica con la **entrevista-orientación** debidamente requisitada.
- Si el costo total del apoyo es mayor a \$2,000.00, es decir de \$2,000.01 o más, se debe llenar el formato del **ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**, considerando los siguientes puntos:

ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO

- Lo APLICA el **TRABAJADOR SOCIAL**.
- Se aplica para casos de **FORTALECIMIENTO SOCIOFAMILIAR** en el domicilio del beneficiario.
- Justifica APOYOS con costo total **SUPERIOR** a \$2,000.00 (de \$2,000.01 a más).
- *Se enviará una cápsula para el llenado.*



VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA

- La APLICA el **TRABAJADOR SOCIAL**.
- Se aplica para **CASOS URGENTES** en la oficina.
- Justifica APOYOS con costo total **SUPERIOR** a \$2,000.00 (de \$2,000.01 a más).
- *Se enviará una cápsula para el llenado.*



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO SIMPLIFICADO

- Lo APLICA el **PROMOTOR**.
- Se aplica para casos de ambos PROGRAMAS: **CASOS URGENTES** o **FORTALECIMIENTO SOCIOFAMILIAR**.
- Justifica APOYOS con costo total **SUPERIOR** a \$2,000.00 (de \$2,000.01 a más).
- *Se enviará una cápsula para el llenado.*

Sistema DIF Municipal			
Proveedor			Factura No.
Montos Autorizados	Aportaciones		Tipo de Recurso
		DIF Jalisco	Federal
	De \$1.00 a \$2,000.00	DIF Municipal	
	De \$2000.01 a \$5,000.00	Familia	Estatal
De \$5,000.01 o mas	Otros		
No. de Expediente			Subprograma
	Núm. / Código del Mpio. / Mes / Año		Fecha de Solicitud
Nombre de la o el Beneficiario (a)			
Domicilio			Mpio./Edo.
Concepto del Apoyo			
Recibí por parte del Sistema DIF del Estado de Jalisco el recurso económico, que se trasfiere al apoyo antes mencionado			
Fecha de Entrega			
Nombre y Firma del/la Beneficiario (a) y/o Representante		Parentesco (Anexa Copia de Identificación Oficial con Fotografía)	
Nombre y Firma del/la o el Trabajador Social o Promotor Responsable		Nombre y Firma del Asesor(a) del Sistema DIF del estado de Jalisco	
Nombre y Firma del Coordinador (a) de Trabajo Social del Sistema DIF Municipal		Nombre y Firma del Jefe (a) de Vinculación del Sistema DIF del estado de Jalisco	
Nombre y Firma del Jefe (a) de Trabajo Social del Sistema DIF Municipal		Nombre y Firma del Director (a) de Trabajo Social del Sistema DIF del estado de Jalisco (Aplica sólo en apoyos equivalentes o mayores a la cantidad de \$2000.01)	
Nombre y Firma del Director (a) del Sistema DIF Municipal		Nombre y Firma del Subdirector (a) General Operativo (Aplica sólo en apoyos equivalentes o mayores a la cantidad de \$10000.01)	
		Fecha de Autorización	

SOLICITUD Y COMPROBACIÓN DE APOYOS ECONOMICOS Y EN ESPECIE

SOLICITUD Y COMPROBACIÓN DE APOYOS ECONÓMICOS Y EN ESPECIE

- Integrar a TODOS LOS EXPEDIENTES de cada beneficiario 1 solicitud por factura según el apoyo otorgado.
- Llenar todos los datos que se solicitan.
- NO TACHAR, NO UTILIZAR CORRECTOR, NO ENCIMAR.
- Al imprimir, constatar que esté completa y salgan todos los logos y pie de página.

- ° Todas las solicitudes deben ser selladas por el DIF Municipal. Buscar un espacio para el sello que no cubre las firmas ni los datos.
- ° Son 2 juegos originales.
- ° De preferencia llenar en computadora sino, con letra de molde legible.
- ° El documento debe ir limpio y con buena presentación.

Sistema DIF Municipal			
Proveedor			Factura No.
Montos Autorizados		Aportaciones	
		Tipo de Recurso	
	De \$1.00 a \$2,000.00	DIF Jalisco	Federal
		DIF Municipal	
	De \$2000.01 a \$5,000.00	Familia	Estatad
	De \$5,000.01 o mas	Otros	
No. de Expediente			Subprograma
	Núm. / Código del Mpio. / Mes / Año		Fecha de Solicitud
Nombre de la o el Beneficiario (a)			
Domicilio			Mpio./Edo.

- Anotar el **NOMBRE DEL PROVEEDOR** según se emite en la **FACTURA** y observar porque a veces es distinto al nombre comercial.
- Anotar las cantidades y el número de folio según la **FACTURA**.

- El concepto del apoyo incluye:

Concepto del Apoyo

unidades	concepto	cantidad de apoyos	costo unitario	costo total
8	pañal adulto talla G	1	\$200.00	\$1,600.00

Recibí por parte del Sistema DIF del Estado de Jalisco el recurso económico, que se trasfiere al apoyo antes mencionado	
Fecha de Entrega	
Nombre y Firma del/la Beneficiario (a) y/o Representante	Parentesco (Anexa Copia de Identificación Oficial con Fotografía)
Nombre y Firma del/la o el Trabajador Social o Promotor Responsable	Nombre y Firma del Asesor(a) del Sistema DIF del estado
Nombre y Firma del Coordinador (a) de Trabajo Social del Sistema DIF Municipal	Nombre y Firma del Jefe (a) de Vinculación del Sistema DIF del estado de Jalisco
Nombre y Firma del Jefe (a) de Trabajo Social del Sistema DIF Municipal	Nombre y Firma del Director (a) de Trabajo Social del Sistema DIF del estado de Jalisco (Aplica sólo en apoyos equivalentes o mayores a la cantidad de \$2000.01)

- Fecha de entrega del apoyo.
- Escribir DE MANERA CORRECTA todos los nombres correspondientes: beneficiario o familiar, trabajador social, asesor y autoridades.
- La FIRMA o HUELLA debe corresponder a la IDENTIFICACIÓN.

OTROS FORMATOS

Existen más formatos que se utilizan en la atención de casos en la Dirección de Trabajo Social que **NO** se utilizarán en el presente proyecto. Para mayores informes favor de remitirse con su Asesor.



Para	_____	_____
	Nombre de la Institución	Responsable de Trabajo Social

Nota: Este documento oficial tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de su expedición, por lo que no será válido ante otras dependencias en fechas posteriores. La petición del apoyo solicitado será valorada por el área receptora de acuerdo a sus lineamientos institucionales.

Usuario

Manifiesto bajo protesta de decir la verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi aceptación del aviso de confidencialidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley establecida.
<http://sistemadif.jalisco.gob.mx>



Para	Nombre de la Institución	Responsable de Trabajo Social
------	--------------------------	-------------------------------

Nº de Contracanalización		En Respuesta a la Canalización N°.
Fecha		

Datos del Usuario		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

1. Resolución o Avances de la Atención

[illegible]

2. Responsable del Caso

2. Responsable del caso			
Teléfono		Ext.	

Caso Abierto	☐	Caso Cerrado	☐
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Atentamente

Nombre Completo, Apellidos y Firma de Jefe (a) o Responsable de Trabajo Social

SICATS contra canalización.





RECIBO DE APOYO



Dirección de Trabajo Social
Departamento de Trabajo Social Operativo
Recibo de Apoyo Ordinario



Fecha _____

Número de Expediente _____

Servicio o Subprograma _____

Recibí del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, lo siguiente

Recibí
Nombre y Firma

Entregó
Nombre y Firma

Vo. Bo. Jefe (a) inmediato
Nombre y Firma

Subprograma _____ **No. de Expediente** _____

En el Municipio de _____, siendo las _____ horas, del día _____, ante _____
Trabajador(a) Social de la Dirección de Trabajo Social y Vinculación, adscrito al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco, hace constar que comparece C. _____ quien se identifica en este momento con _____, en uso de la voz manifiesta:

Lo que se asienta para constancia firmando al margen los que en ella intervinieron y así quisieron hacerlo. -----
----- CONSTE.

Nombre y Firma del/la Usuario (a)

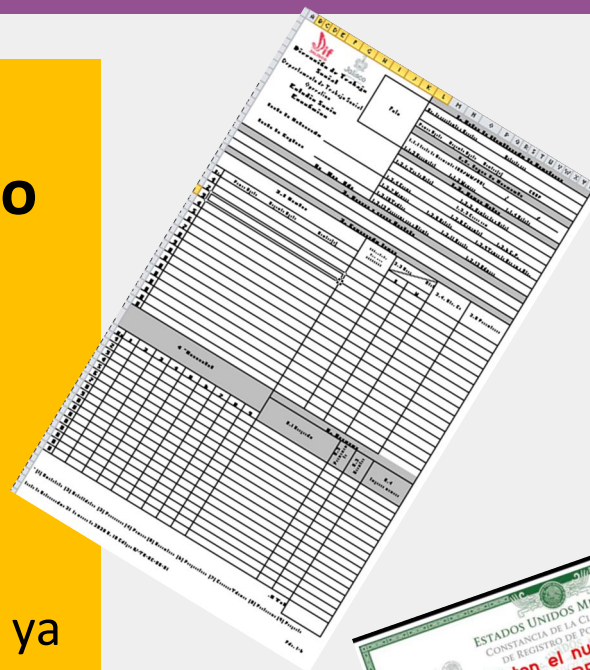
Nombre y Firma del Trabajador (a) Social

**CONSTANCIA DE
DESISTIMIENTO**

Nombre del Beneficiario (a)			
Domicilio			Mpio./Estado
Autorización			
Despensas Mensuales	Periodo	Costo Total	Subprograma
			No. de Expediente
			Fecha de Solicitud
Firma de Recibido			
Día	Mes	Año	Nombre y Firma de Quien Recibe
	Enero		
	Febrero		
	Marzo		
	Abril		
	Mayo		
	Junio		
	Julio		
	Agosto		
	Septiembre		
	Octubre		
	Noviembre		
	Diciembre		
Solicita		Revisa	
Nombre y Firma del Trabajador(a) Social o Promotor Responsable		Nombre y Firma del Asesor(a) de Sistema DIF del estado de Jalisco	
Autoriza			
Nombre y Firma del Coordinador de Trabajo Social o Director(a) del Sistema DIF Municipal		Nombre y Firma del Coordinador(a) de Trabajo Social del Sistema DIF del estado de Jalisco	
Nombre y Firma del Jefe (a) de Vinculación del Sistema DIF del estado de Jalisco		Nombre y Firma Director (a) de Trabajo Social del Sistema DIF del estado de Jalisco (Aplica sólo en despensas equivalentes o mayores a la cantidad de \$2,0001.00)	

INTEGRACION DE EXPEDIENTES PARA RECURSO ECONOMICO

1. Estudio Socio Económico, valoración Socio Económica o Entrevista Orientación.
2. Identificación Oficial actualizada del beneficiario (INE, IFE, Pasaporte, Licencia de conducir).
3. **CURP** (si la INE contiene este dato, ya no es necesario, solo se anexará en caso de ser menor de edad).
4. Identificación Oficial actual de la persona que recibe el apoyo.

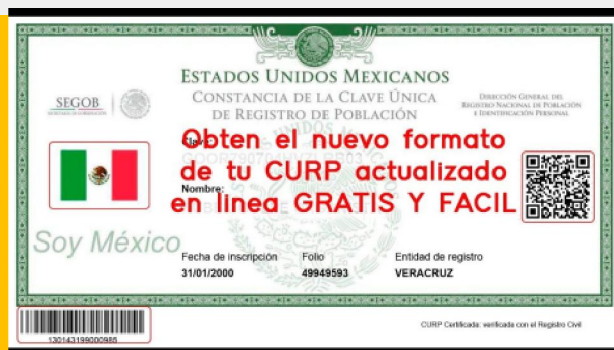


Formulario de Integración de Expedientes para Recurso Económico. Incluye campos para datos personales, familiares, y socioeconómicos.



INTEGRACION DE EXPEDIENTES PARA RECURSO ECONOMICO

En caso de no contar con documentos de identificación oficial, se debe anexar una fotografía con la leyenda: **HAGO CONSTAR QUE SOY LA PERSONA QUE RECIBIO EL APOYO**", poner el nombre completo y huella del dedo índice.



INTEGRACION DE EXPEDIENTES

5. Comprobante de domicilio o Constancia de Residencia, con vigencia de tres meses.
6. Documento comprobatorio según el tipo de apoyo: Resumen, Valoración, Certificado, Receta, Prescripción u orden médica.
7. Formato con cotizaciones.
8. Factura y verificación
9. Solicitud y Comprobación de Apoyo.
10. Nota de cierre.





VIGENCIA DE DOCUMENTOS DE SOPORTE

- Entrevista Orientación (utilizada por promotor y T.S.) - 1 año de vigencia.
- Estudio socioeconómico (utilizado por T.S.) - 1 año de vigencia.
- Valoración socioeconómica (utilizado por T.S.) - 1 año de vigencia.
- ESF Simplificado (utilizado por promotor) -1 año de vigencia.
- INE Vigente
- Comprobante de Domicilio Reciente (No mayor a 3 meses)
- Prescripción o receta médica reciente – especifica el tratamiento (1 mes de vigencia)
- Resumen médico o certificado médico- especifica el dx médico (1 año de vigencia)

CIERRE DEL PROYECTO 10



¿Cuál es la fecha para justificar todo los apoyos otorgados y el cierre del proyecto 10?

30 de Octubre 2020 – Justificación de apoyos

Fecha limite para presentar el total de expedientes con sus respectivas facturas y validación del SAT de los apoyos otorgados.

31 de Noviembre 2020 – Cierre del proyecto

Fecha limite para regresar el dinero no utilizado por el municipio y cierre del proyecto 10.



Alta de Aspirante en la Plataforma

Ingresar a la plataforma:

<https://trabajosocial.difjalisco.gob.mx>

Ingresar

Nombre de usuario

Contraseña

☐ Recordar

Ingresar

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)

Escribir el usuario y
contraseña que se le
proporcione al Sistema
DIF Municipal



>> Mostrar Menu

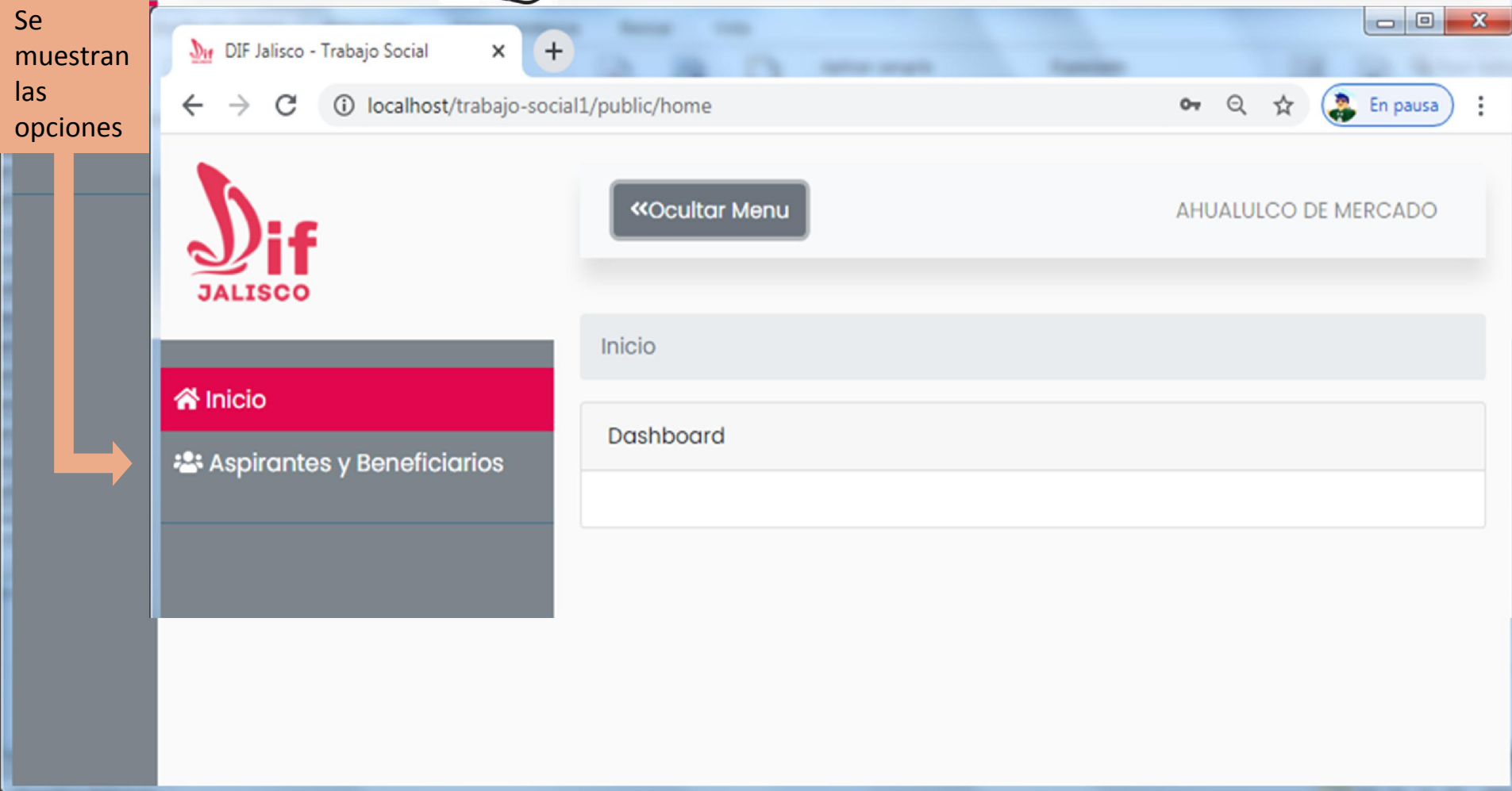
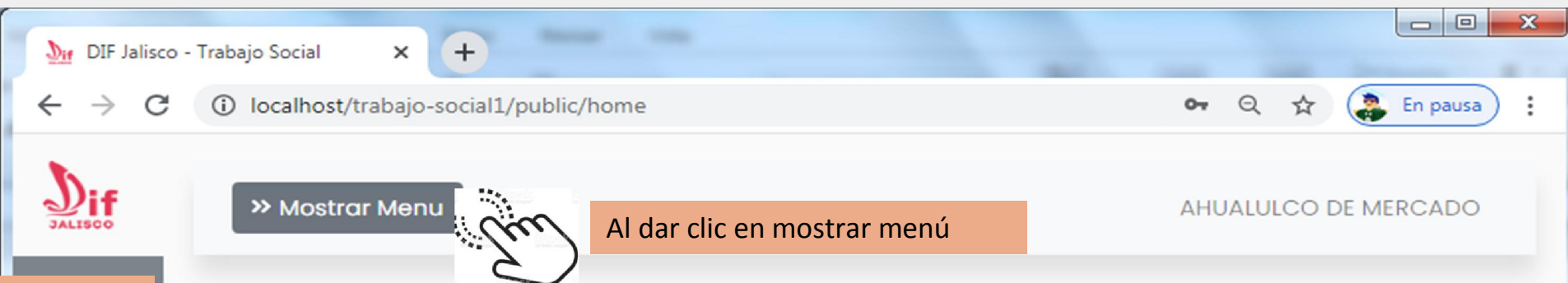
AHUALULCO DE MERCADO



Inicio



Dashboard





Seleccionar Aspirante y Beneficiarios,
para realizar búsqueda del Aspirante.

Se puede buscar por CURP, nombre del
aspirante o Municipio de residencia.

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/benefi



En pausa



>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO



Aspirantes y Beneficiarios

Alta de nuevo aspirante

Mostrar 10 registros

Buscar ahualulco



ID	CURP	Nombre	1er apellido	2do apellido	Expediente	Apoyo solicitado	Trabajador social	Municipio	Acciones
921	AIRM810920HMNRDG04	MIGUEL ANGEL DAVID	ARRIAGA	RODRIGUEZ	37/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
542	LOBR700813MJCPRS08	MARIA DEL ROSARIO	LOPEZ	BARAJAS	36/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
413	EAML820513MJCSRZ05	LUZ ADRIANA	ESTRADA	MERCADO	35/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
403	FOCL750317MJCLDS04	MARIA	FLORES	CID	34/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri	AHUALULCO	Acción



Si no esta capturado el aspirante, dar clic en:
Alta de nuevo Aspirante

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario

En pausa

>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

Aspirantes y Beneficiarios

Alta de nuevo aspirante

Mostrar 10 registros

Buscar ahualulco

ID	CURP	Nombre	1er apellido	2do apellido	Expediente	Apoyo solicitado	Trabajador social	Municipio	Acciones
921	AIRM810920HMNRDG04	MIGUEL ANGEL DAVID	ARRIAGA	RODRIGUEZ	37/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
542	LOBR700813MJCPRS08	MARIA DEL ROSARIO	LOPEZ	BARAJAS	36/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
413	EAML820513MJCSRZ05	LUZ ADRIANA	ESTRADA	MERCADO	35/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
403	FOCL750317MJCLDS04	MARIA	FLORES	CID	34/003/05/2020	Despensa	LTS Atziri	AHUALULCO	Acción



Formulario de captura de Aspirante

Procedencia:

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario/create

En pausa

AHUALULCO DE MERCADO

>> Mostrar Menu

Inicio / Aspirantes / Crear

Aspirante

Aspirantes

Folio Dir	Fecha de derivación de folio	Fecha para contestar
Folio de Dirección	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
* Documento	Número de documento	Tipo de registro
Seleccione un valor	Número de documento	Seleccione un valor
* Fecha de recepción en DTSV	* Fecha de recibido por la unidad de registro	* Procedencia
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Seleccione un valor

Datos de identificación del aspirante

Datos de identificación del Aspirante :

Datos de identificación del aspirante

* CURP

NOMM810223MJCLGR01

Limpiar CURP

Registrar sin CURP

☐ Sin CURP

Motivo de registrar sin CURP

Especifique el motivo

* Nombre(s)

MARTHA MYRIAM

* Primer apellido

NOLASCO

Segundo apellido

MAGAÑA

Fecha de nacimiento

23/02/1981

Fecha aproximada

☐

* Sexo

Mujer

Estado de nacimiento

JALISCO

Municipio de nacimiento

Elige...

Domicilio del aspirante





Cuando registran la CURP, si el aspirante, esta registrado ante la RENAPO, en automático se generan los datos de:

- Nombre completo
- Fecha de Nacimiento
- Sexo
- Estado de Nacimiento

Y aparece un recuadro que menciona Información CURP valida, debiendo dar clic en el recuadro azul que dice Enterado para continuar con el alta del aspirante.

Folio Dir

Folio de Dirección

* Documento

Seleccione un valor

Número de documento

Número de documento

Tipo de registro

Seleccione un valor

* Fecha de recepción en DTSV

Hoy

dd/mm/aaaa

* Fecha de recibido por la unidad de registro

* Procedencia

Seleccione un valor

Datos de identificación del aspirante

* CURP

NOMM810223MJCLGR01

Información !

CURP valida.

Enterado

* Nombre(s)

MARTHA MYRIAM

* Primer apellido

NOLASCO

Segundo apellido

MAGAÑA

Fecha de nacimiento

23/02/1981

Fecha aproximada

* Sexo

Mujer

Estado de nacimiento

JALISCO

Municipio de nacimiento

Elige...

DIF Jalisco - Trabajo Social x +

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario/create

En pausa

Domicilio del Aspirante:

Domicilio del aspirante

Tipo de vialidad	Vialidad	No. exterior	Letra exterior	No. interior	Letra interior
Seleccione un valor	Ingrese la vialidad	# NO DISPONIBLE	NA	NA	NA

Tipo vialidad (entre 1)	Vialidad (entre 1)	Tipo vialidad (entre 2)	Vialidad (entre 2)	Tipo vialidad posterior	Vialidad posterior
Seleccione un valor	Entre cuál vialidad es	Seleccione un valor	Entre cuál vialidad es	Seleccione un valor	Entre cuál vialidad es
NA	NA	NA	NA	NA	NA

C. P.	Asentamiento	Nombre del asentamiento	Referencia
Código Postal	Seleccione un valor	Ingrese el nombre del asentamiento	Referencia del domicilio

Estado	Municipio	Localidad
Seleccione un valor	Seleccione un valor	Seleccione un valor

Información adicional

El domicilio se debe de capturar conforme al comprobante de domicilio, donde vive el aspirante.

Información adicional:

Información adicional			
Estado civil	Teléfono	Escolaridad	Estatus escolaridad
Seleccione un valor ▼	Teléfono	Seleccione un valor ▼	Seleccione un valor ▼
INE	Ocupación	¿Es indígena?	Comunidad indígena
Número INE	Seleccione un valor ▼	☐	Seleccione un valor ▼
Instituto de Salud	Discapacidad	Institución otorgante	Problemática y/o Vulnerabilidad
- Seleccione un valor - ▼	- Seleccione un valor - ▼	- Seleccione un valor - ▼	Seleccione un valor ▼

Datos del tutor			
Cuando el Aspirante es menor de edad o tiene discapacidad mental			
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco
Nombre del tutor	Primer apellido del tutor	Segundo apellido del tutor	- Seleccione un valor - ▼

Institución de Salud: seleccionar dónde se atiende el aspirante y/o su familia para atención médica.

Discapacidad: Seleccionar la opción de discapacidad que presenta solo el aspirante, o Ninguna en caso de no tener.

Más información:

Más información

* Apoyo solicitado

Seleccione un valor

* Programa

Seleccione un valor

* Trabajador Social

Seleccione un valor

* Fecha caso entregado al trabajador social

dd/mm/aaaa

Observaciones

En Apoyo solicitado:

Se puede escribir palabra clave del tipo de apoyo o seleccionar del desglose que se enlista

* Apoyo solicitado

Apoyo alimenticio > Beca alimenticia

leche|

Apoyo alimenticio > Fórmula láctea > Leche de fórmula

Apoyo asistencial > Insumos para la salud > Leche especial (líquida)

Observaciones

← Regresar

Guardar

Los datos de captura obligatorios están señalados con asterisco.

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario/create

Instituto de Salud

- Seleccione un valor -

Datos del tutor

Nombre(s)

Nombre del tutor

Más información

* Apoyo solicitado

Seleccione un valor

* Programa

Seleccione un valor

* Trabajador Social

Seleccione un valor

* Fecha caso entregado al trabajador social

dd/mm/aaaa

Observaciones

← Regresar

Guardar

localhost dice

Hace falta completar lo siguiente:

- + Documento.
- + Fecha de recepción en DTSV.
- + Fecha de recibido por la unidad de registro.
- + Procedencia.
- + Nombre.
- + Primer apellido.
- + Sexo.
- + Apoyo solicitado.

Aceptar

Problemática y/o Vulnerabilidad

Seleccione un valor

Parentesco

- Seleccione un valor -



Para editarlo:

Para realizar alguna modificación de los datos del aspirante en caso de requerirse, se selecciona la opción: Acciones y después editar.

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario

En pausa



>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO



Aspirantes y Beneficiarios

Alta de nuevo aspirante

Mostrar 10 registros

Buscar

ID	CURP	Nombre	1er apellido	2do apellido	Expediente	Apoyo solicitado	Trabajador social	Municipio	Acciones
1036	CACE510210HJCSRL06	ELIAS	CASTELLANOS	DE LA CRUZ		Leche de fórmula	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción Editar Asignar expediente Apoyos
1035	NANI880120MJCNRV07	IVETTE MONTSERRAT	NANDE	NARANJO	3/07/2020	Despensa	LILIA IÑIGUEZ CHAVEZ		
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	18/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	38/003/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción

Instituto de Salud	Discapacidad	Institución otorgante	Problemática y/o Vulnerabilidad
- Seleccione un valor -	- Seleccione un valor -	- Seleccione un valor -	Seleccione un valor

Datos del tutor

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco
Nombre del tutor	Primer apellido del tutor	Segundo apellido del tutor	- Seleccione un valor -

Más información

* Apoyo solicitado

Apoyo alimenticio > Fórmula láctea > Leche de fórmula

* Programa	* Trabajador Social	* Fecha caso entregado al trabajador social
Fortalecimiento Socio familiar	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	03/09/2020

Observaciones

← Regresar

Se realizan las modificaciones y se da clic en Guardar cambios

Guardar cambios



DIF Jalisco - Trabajo Social



localhost/trabajo-social1/public/beneficiario



En pausa



>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO



Aspirantes y Beneficiarios

Alta de nuevo aspirante

Mostrar 10 registros

Buscar

ID	CURP	Nombre	Apellido	Apellido	Fecha de nacimiento	Beneficio	Trabajador social	Municipio	Acciones
1036	CACE510210HJCSRL06	ELIAS					LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
1035	NANI880120MJCNRV07	IVETTE MONTE					LILIA IÑIGUEZ CHAVEZ	DIF JALISCO	Acción
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	18/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	38/003/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción
1033	CANK180327MJCSLBAR	KARLA	CASTELLANOS	NOLASCO	1/05/2020	Leche de	EVANGELINA	DIF JALISCO	Acción



Información !

Datos actualizados con éxito.

Enterado

Para asignar número de Expediente

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario

En pausa

>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

Aspirantes y Beneficiarios

Alta de nuevo aspirante

Mostrar 10 registros

Buscar:

ID	CURP	Nombre	1er apellido	2do apellido	Expediente	Apoyo solicitado	Trabajador social	Municipio	Acciones
1036	CACE510210HJCSRL06	ELIAS	CASTELLANOS	DE LA CRUZ		Leche de fórmula	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO DE MERCADO	Acción
1035	NANI880120MJCNRV07	IVETTE MONTSERRAT	NANDE	NARANJO	3/07/2020	Despensa	LILIA INIGUEZ CHAVEZ		Editar Asignar expediente Apoyos
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	18/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	38/003/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción

localhost/trabajo-social1/public/expediente/principal/1036



>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

Expedientes de ELIAS CASTELLANOS DE LA CRUZ

Asignar nuevo expediente

Mostrar

registros por página

Buscar:

Expediente	Año	Usuario	Trabajador social	Trabajador social (2)
------------	-----	---------	-------------------	-----------------------

No hay datos disponibles en la tabla

Sin registros disponibles

Anterior Siguiente

← Regresar



>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

[Inicio](#) / [Expedientes](#) / [Crear](#)

Expedientes

Datos de identificación del beneficiario

CURP

CACE510210HJCSRL06

Nombre(s)

ELIAS

Primer apellido

CASTELLANOS

Segundo apellido

DE LA CRUZ

Fecha de nacimiento

10/02/1951

Sexo

Masculino

Más información

* Número de expediente

39/003/07/2020

* Año

2020

* Trabajador Social

LTS Atziri Alejandra Alvarez Garcia

Trabajador Social (2)

Seleccione un valor

[← Regresar](#)[Guardar](#)

El número de expediente se genera automáticamente con la nomenclatura: Consecutivo de expedientes por municipio/código del municipio a 3 dígitos/mes vigente en dos dígitos/año.

El trabajador social que se captura al dar de alta el aspirante, aparece automáticamente.



Captura de Apoyos

DIF Jalisco - Trabajo Social

localhost/trabajo-social1/public/beneficiario

En pausa

>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

Aspirantes y Beneficiarios

Alta de nuevo aspirante

Mostrar 10 registros

Buscar

ID	CURP	Nombre	1er apellido	2do apellido	Expediente	Apoyo solicitado	Trabajador social	Municipio	Acciones
1036	CACE510210HJCSRL06	ELIAS	CASTELLANOS	DE LA CRUZ	39/003/07/2020	Leche de fórmula	LTS Atziri Alejandra Alvarez García	AHUALULCO	Acción Editar Asignar expediente Apoyos
1035	NANI880120MJCNRV07	IVETTE MONTSERRAT	NANDE	NARANJO	3/07/2020	Despensa	LILIA IÑIGUEZ CHAVEZ		
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	18/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción
1034	NOMM810223MJCLGR01	MARTHA MYRIAM	NOLASCO	MAGAÑA	38/003/09/2020	Beca alimenticia	MARIANA RAMOS MEDINA	DIF JALISCO	Acción

localhost/trabajo-social1/public/apoyo/principal/1036



Primero hay que seleccionar un expediente:

» Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

Inicio / Apoyo / Elegir expediente

Apoyos - Seleccionar expediente

Datos de identificación del beneficiario

CURP

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento

Sexo

CACE510210HJCSRL06

ELIAS

CASTELLANOS

DE LA CRUZ

10/02/1951

Masculino

Expediente

Elija el número de expediente:

Seleccione un valor

39/003/07/2020

e expediente para el beneficiario

Regresar

Continuar



Se captura el apoyo:

>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO

Inicio / Apoyos / Crear

Apoyo

Datos de identificación del beneficiario

CURP

CACE510210HJCSRL06

Nombre(s)

ELIAS

Primer apellido

CASTELLANOS

Segundo apellido

DE LA CRUZ

Fecha de nacimiento

10/02/1951

Sexo

Masculino

Número de expediente

39/003/07/2020

CURP

CACE510210HJCSRL06

Ingrese los datos del nuevo servicio a asignar:

Fecha de autorización *

dd/mm/aaaa



Cantidad de apoyos *

Cantidad de apoyos

Cantidad de productos *

Cantidad de productos

Programa *

Fortalecimiento Socio familiar

Producto o servicio:

- Elija uno -

Proyecto *

- Elija uno -

Vale *

Vale

Proveedor *

Proveedor

Costo total *

Costo total

Fecha de entrega *

Fecha de verificación *

Número de factura *

EJEMPLO PARA CAPTURA APOYO:

Ingrese los datos del nuevo servicio a asignar:

Fecha de autorización*

02/09/2020



Cantidad de apoyos *

1

Cantidad de productos *

12

Programa *

Fortalecimiento Socio familiar

Producto o servicio:

Apoyo asistencial > Pañales > Pañal Infantil Etapa 3

Proyecto *

Proyecto No. 10 "Entregar Apoyos Asistenciales a las Fa..."

Vale *

NA

Proveedor *

DISTRIBUIDORA CRISEL SA DE CV

Costo total *

2000

Fecha de entrega *

03/09/2020



Fecha de verificación *

03/09/2020



Número de factura *

456-PO7

Partida presupuestal *

4413

Fecha de pago *

07/09/2020



Donación *

No

Folio de orden de compra (formato largo-completo) *

NA

Folio de compra directa (formato largo-completo) *

NA

Año del recurso *

2020

Tipo de Apoyo *

Especie

Método de pago:

No aplica

Período de apoyo *

09-10

Aportaciones

DIF Jalisco

2000

DIF Municipal

0

Familia

0

Otros

0

← Regresar

Guardar



La aportación de DIF Jalisco debe coincidir con el monto total mencionado en la Solicitud y comprobación de apoyos, así como en la Factura.



Así aparece el apoyo dado de alta



>> Mostrar Menu

AHUALULCO DE MERCADO



Apoyos de ELIAS CASTELLANOS DE LA CRUZ

Apoyo registrado creado con éxito

Capturar un apoyo

Mostrar

10

registros por página

Buscar:

ID	Expediente	Fecha entrega	Programa	Producto o servicio	Cant. apoyos	Cant. prod.	Municipio	Fecha creado		
140	39/003/07/2020	03/09/2020	Fortalecimiento Socio familiar	Pañal Infantil Etapa 3	1	12	AHUALULCO DE MERCADO	04/09/2020 03:52:52	Editar	Cancelar

Mostrando página 1 de 1

Anterior

1

Siguiente

← Regresar