



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para el otorgamiento, la evaluación y el seguimiento de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral de personas con discapacidad que brinda el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART)
3B13-003-066

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

Revisó

Dr. Héctor Robles Peiro
Titular de la Unidad de Prestaciones Sociales

Dra. María Magdalena Castro Onofre
Titular de la Coordinación de Bienestar Social

Elaboró

Dra. Cynthia Rosas Magallanes
Titular de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 10 FEB. 2022

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	5
2	Objetivo	5
3	Ámbito de aplicación	5
4	Definiciones	6
5	Políticas	11
6	Descripción de actividades	17
7	Diagrama de flujo	54
	Anexos	
	Anexo 1 Carátulas de Acuerdos del H. Consejo Técnico Clave: 3B13-022-045	89
	Anexo 2 Derivación por unidad operativa Clave: 3B13-009-180	92
	Anexo 3 Ayudas técnicas Clave: 3B13-009-178	96
	Anexo 4 Programa de control didáctico Clave: 3B13-009-179	100
	Anexo 5 Nota de seguimiento por servicio Clave: 3B13-009-181	105
	Anexo 6 Solicitud de ingreso Clave: 3B13-009-182	108
	Anexo 7 Criterios de selección y perfil de ingreso Clave: 3B13-018-008	112
	Anexo 8 Entrevista inicial de trabajo social Clave: 3B13-009-183	115
	Anexo 9 Visita domiciliaria de trabajo social Clave: 3B13-009-184	121
	Anexo 10 Entrevista inicial de psicología Clave: 3B13-009-185	130



ÍNDICE

		Página
Anexo 11	Entrevista inicial de terapia ocupacional Clave: 3B13-009-186	133
Anexo 12	Sondeo empresarial Clave: 3B13-009-187	137
Anexo 13	Entrevista inicial de gestoría ocupacional Clave: 3B13-009-188	141
Anexo 14	Entrevista inicial médica Clave: 3B13-009-189	147
Anexo 15	Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor Clave: 3B13-009-190	150
Anexo 16	Calendario individual de actividades Clave: 3B13-009-191	153
Anexo 17	Consentimiento del programa individualizado Clave: 3B13-009-192	158
Anexo 18	Propiedad intelectual, derechos de autor y divulgación Clave: 3B13-009-193	161
Anexo 19	Evaluación del desempeño del usuario Clave: 3B13-009-194	164
Anexo 20	Control de avance Clave: 3B13-009-195	167
Anexo 21	Inventario de habilidades del usuario Clave: 3B13-009-196	170
Anexo 22	Informe diario de supervisión de seguridad e higiene Clave: 3B13-009-197	175
Anexo 23	Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART Clave: 3B13-009-198	178



ÍNDICE

		Página
Anexo 24	Encuesta de satisfacción del curso Clave: 3B13-009-199	184
Anexo 25	Informe final de capacitación del usuario Clave: 3B13-009-200	191
Anexo 26	Intermediación laboral Clave: 3B13-009-201	184
Anexo 27	Tarjeta de seguimiento de autoempleo Clave: 3B13-009-202	202
Anexo 28	Carta de presentación Clave: 3B13-009-203	206
Anexo 29	Tarjeta de seguimiento de empleo formal Clave: 3B13-009-204	209
Anexo 30	Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo Clave: 3B13-009-205	213



1 Base normativa

- Artículo 209 y 210 fracciones I, III, VI y VIII de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, sus reformas y adiciones.
- Artículo 81, fracciones I, II, III, IV, y V del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Acuerdo del HCT 125/2006, y Acuerdo SCAT1.HCT.290910/152.P.DPM dictados en las sesiones del 29 de marzo de 2006 y del 29 de septiembre de 2010 respectivamente, (Anexo1).
- Numerales 7.1.2.1 párrafos 1, 9, 14, 16, 23, 25, 30, 32, 40 y 7.1.2.1.5 párrafos 1, 5, 11, 14, 16, 19, 20, 21 y 27 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, clave 3000-002-001, con fecha de registro 16 de agosto de 2021.
- Numerales 8.1 párrafos 2, 5, 15, 18, 22 y 30 y 8.1.3 párrafos 1, 9 y 17 del Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales, clave 3000-002-002, con fecha de registro 21 de julio de 2017.
- Manual de Organización del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo, clave 3000-002-012, con fecha de registro 29 de julio de 2021.
- Numerales 7.8.1, 7.8.2, 7.8.3, 7.8.5, 7.8.6, 7.8.7, 7.8.8, 7.8.10, 7.8.11, 7.8.12, 7.8.13 y 7.8.15 de la Norma para el otorgamiento de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales, clave 3000-001-023, con fecha de registro 09 de septiembre de 2020.

2 Objetivo

Definir la metodología para llevar a cabo la capacitación, evaluación y el seguimiento de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral que brinda el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), a las personas en situación de vulnerabilidad, para mejorar su nivel y calidad de vida, facilitando la reincorporación social y laboral de las personas con discapacidad.

3 Ámbito de aplicación

Este presente procedimiento será de observancia obligatoria: en el Nivel Normativo para la Coordinación de Bienestar Social, a través de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico; en el Nivel Delegacional para la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales y el Departamento de Prestaciones Sociales y en el Nivel Operativo para el Director, encargado o administrador del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART).



4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 52 semanas: Término de tiempo que conforme al artículo 58 fracción I de la Ley del Seguro Social tiene el asegurado con relación al concepto de incapacidades.

4.2 actitud: La forma de como una persona se comporta y actúa al momento de desempeñar sus tareas dentro de su trabajo.

4.3 aprendizaje: Proceso mediante el cual, una persona adquiere los conocimientos, las habilidades, las destrezas y las actitudes de forma estable y persistente, a través de la enseñanza, el estudio, la experiencia, que le permiten desempeñar una actividad.

4.4 asegurado con discapacidad: El trabajador o sujeto de aseguramiento ante el Instituto en los términos de la Ley del Seguro Social, portador de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, adquirida durante su vida laboral, resultado de una enfermedad general o de un riesgo de trabajo, que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva con la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

4.5 aula POETA: Se refiere a los cursos de capacitación en materia de alfabetización tecnológica, por la cual brinda a la persona en situación de vulnerabilidad, con y sin discapacidad, el acceso a los equipos de cómputo, con la finalidad de elaborar o consultar documentos que sean de apoyo educativo o para su reincorporación laboral.

4.6 autoempleo: Es la actividad laboral creada por una persona que trabaja para ella misma a través de un negocio propio que le permite obtener ingresos, y que con el transcurso del tiempo puede generar empleo e ingresos no solo para sí mismo, sino también para más gente.

4.7 capacitación para el trabajo: Servicio en donde interviene el proceso de enseñanza-aprendizaje, encaminado al desarrollo o fortalecimiento de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes relacionadas con un oficio calificado que permite al usuario, su incorporación y reincorporación laboral, ya sea a través de la contratación de empresas o bien, del autoempleo.

4.8 carpeta de evidencias: Carpeta integrada por documentos y evidencias gráficas de las acciones realizadas que resultan del otorgamiento de servicios, así como de los compromisos adquiridos en los acuerdos. Dicho instrumento se debe resguardar en cada área del servicio al que corresponda.

4.9 CECART: Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo.

4.10 certificado de estándar de competencia: Documento oficial expedido por la Secretaría de Educación Pública que acredita a una persona como competente de



acuerdo a lo establecido en un estándar de competencia, en el cual se asegura que el desempeño de una persona se ajusta a lo requerido por las empresas o instituciones.

4.11 CTPAA: “Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y servicios de prestaciones sociales”. Documento que emite la Coordinación de Bienestar Social, conforme a lo previsto en la “Norma para el otorgamiento de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3000-001-023 y se encuentra en la PCBS, para la programación anual de actividades y servicios de Prestaciones Sociales; el cual establece las directrices para la planeación, elaboración y autorización del programa, y su posterior registro y seguimiento a través del SIPSI.

4.12 curso: Serie de actividades que se otorgan en las unidades operativas, que tienen un proceso de enseñanza-aprendizaje en materia de: promoción de la salud, capacitación y adiestramiento técnico, desarrollo cultural y cultura física y deporte.

4.13 Director: Director, encargado o administrador del CECART, responsable del mismo.

4.14 discapacidad: Concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras, debidas a la actitud de los demás y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

4.15 documentación soporte: Se refiere a la identificación de persona con discapacidad o identificación personal o cartilla nacional de salud, comprobante de domicilio, formato “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” o “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200”, o instrumentos de envío de Salud en el Trabajo: “Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3”, clave 3A21-009-011, o “Dictamen de invalidez ST-4”, clave 3A22-009-004, o “Dictamen de beneficiario(a) incapacitado ST-6”, en su caso o “Derivación por unidad operativa”, clave 3B13-009-180 (Anexo 2).

NOTA 1: El formato de “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” y el formato “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” pertenecen al “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-016.

NOTA 2: El “Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3”, clave 3A21-009-011 pertenece al “Procedimiento para la Dictaminación de las Enfermedades de Trabajo”, clave 3A21-003-003 y al “Procedimiento para la Dictaminación de los Accidentes de Trabajo”, clave 3A21-003-010.

NOTA 3: El “Dictamen de invalidez ST-4”, clave 3A22-009-004 pertenece al “Procedimiento para la determinación del estado de invalidez”, clave 3A22-003-002.

NOTA 4: El “Dictamen de beneficiario(a) incapacitado ST-6”, clave 3A22-009-033 pertenece al “Procedimiento para la dictaminación de beneficiario incapacitado”, clave 3A22-003-007.

4.16 empresas incluyentes: Empresas e instituciones que proporcionan empleo a los usuarios CECART.



4.17 entrevista de trabajo: Técnica empleada por el personal de los departamentos de Recursos Humanos, Talento o Capital Humano; Personal y/o los departamentos o áreas responsables, para llevar a cabo el reclutamiento y selección a través de una plática formal y en profundidad, conducida para evaluar la idoneidad para el puesto que tenga el solicitante y determinar la procedencia o no, de la contratación laboral de la persona.

4.18 evaluación: Proceso que tiene por objeto constatar al Instructor de Enseñanza Técnica y al usuario, el nivel de conocimiento al inicio, parcial y al final de los cursos, para verificar el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje que se encuentran establecidos en las “Guías didácticas”.

4.19 evidencias de cumplimiento: Pueden ser “Oficios”, “Notas informativas”, “Gráficos” y/o cualquier otro documento que evidencie la implementación y seguimiento de los compromisos generados en tiempo y forma por los responsables designados.

4.20 grupo técnico revisor: Integrado por el Director, Jefe de Área Médica, Jefe de Área de Capacitación, el Gestor Ocupacional, la Trabajadora Social, la Terapeuta Ocupacional, el Psicólogo y en su caso, el Instructor de Enseñanza Técnica CECART, correspondiente.

4.21 grupos en situación de vulnerabilidad: Todos aquellos que por sus condiciones de origen étnico, género, edad, discapacidad, condición social, cultural o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, los pongan en desventaja frente a otros grupos sociales, que pueden tener por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de sus derechos y la igualdad real de oportunidades y que los dejan con herramientas limitadas para afrontar las situaciones que viven día a día.

4.22 guías didácticas: Son documentos físicos o electrónicos que contienen la metodología didáctica y los contenidos temáticos requeridos para la impartición de cursos y se encuentran publicadas en PCBS.

4.23 habilidad: Capacidad, disposición y astucia para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento.

4.24 identificación de persona con discapacidad: Documento que certifica que la persona portadora tiene una discapacidad, entre las cuales puede ser: Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, emitida por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) o Certificado Médico que mencione la discapacidad, emitido por alguna institución pública de salud, expedido con una antigüedad no mayor a 6 meses.

4.25 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.26 instructor: Persona que ostenta alguna de las siguientes categorías: Orientador de actividades familiares, Orientador de iniciación cultural, Instructor básico de enseñanza e Instructor de Enseñanza Técnica, que aplica elementos didácticos dirigidos a los usuarios en su aprendizaje y adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas.



4.27 instrumentos de recepción de servicios de Salud en el Trabajo: Se refiere a los formatos “Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3”, clave 3A21-009-011, o “Dictamen de invalidez ST-4”, clave 3A22-009-004 y “Dictamen de beneficiario(a) incapacitado ST-6” y/o “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” emitidos por los servicios de Salud en el Trabajo en las unidades médicas.

4.28 Jefe de Departamento: Jefe del Departamento de Prestaciones Sociales.

4.29 Jefe de Oficina: Jefe de Oficina de Bienestar Social y Atención a Pensionados.

4.30 Jefe de Servicios: Jefe de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales.

4.31 lista de asistencia: Formato impreso que se obtiene del SIPSI, para constar la asistencia diaria de los usuarios de un curso de capacitación para el trabajo.

4.32 material de difusión y promoción: Materiales impresos o digitales como trípticos, carteles, volantes, folletos informativos, etcétera, con la finalidad de dar a conocer las actividades y servicios de Prestaciones Sociales Institucionales e invitar a la población en general a participar en las mismas.

4.33 matriz de requerimientos: Documento de apoyo (Matriz de requerimientos del Programa de Atención Social a la Salud en el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales), en donde se establecen los criterios por grupo de atención para la aplicación del Programa de Atención Social a la Salud (PASS), misma que se encuentra disponible para su consulta en la PCBS.

4.34 medición basal: Corresponde a los datos iniciales de las variables: funcionalidad, docencia, nivel económico y colocación en el sector laboral del usuario antes de iniciar la capacitación.

4.35 medición final: Corresponde a los datos finales de las variables; funcionalidad, nivel económico, docencia y colocación en el sector laboral del usuario.

4.36 mercado laboral: Son las relaciones entre las empresas empleadoras y las personas que tienen interés de incorporarse a un trabajo formal remunerado.

4.37 PCBS: Página de la Comunidad de Bienestar Social, se refiere al espacio virtual al que se puede acceder por medio del internet para facilitar la comunicación y el acceso a la información de la Coordinación de Bienestar Social, específicamente de eventos, normatividad, seguimiento de metas, entre otros.

<http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/dpes/cps/cops/SitePages/Inicio.aspx>

4.38 persona con discapacidad: Incluyen a aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas



barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

4.39 POETA: Programa de Oportunidades Económicas a través de la Tecnología en las Américas.

4.40 reconocimiento de acreditación: Documento que acredita la participación y aprobación de una persona con discapacidad o en situación de vulnerabilidad que egresa de un curso de capacitación para el trabajo (puede contener los logos, que para tal efecto determine la Coordinación de Bienestar Social a través de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, derivados de los convenios con los sectores público y privado).

4.41 red nacional de vinculación laboral: Mecanismo que coordina la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, donde participa el CECART y cuyo propósito es promover y facilitar la reincorporación al mercado laboral de los usuarios con discapacidad que egresan de los cursos de capacitación para el trabajo.

4.42 referencia-contrarreferencia: Se refiere a los documentos “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” y la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200”, elaborados y emitidos por las unidades de referencia médica, de primer, segundo y tercer nivel de atención, que integran los datos generales; valoración médica, psicológica social, diagnóstico médico laboral y situación socioeconómica de los usuarios asegurados con discapacidad.

4.43 rehabilitación laboral: Proceso transversal de capacitación para el trabajo, de duración limitada y de orden social y educativo entre otros, que tiene por objetivo facilitar que una persona con discapacidad, alcance un nivel físico, mental, y sensorial óptimo, que le permita compensar la pérdida de una función y adquirir los conocimientos para incorporarse a una actividad laboral.

4.44 reincorporación laboral: Proceso médico-administrativo, por el cual una persona con discapacidad recibe atención integral centrada en la recuperación funcional para el trabajo (tratamiento médico, rehabilitación, readaptación para el trabajo; y colocación selectiva, etc.) con la finalidad de reintegrarse a actividades laborales en condiciones de salud y funcionales óptimas para un puesto específico.

4.45 relación de reconocimientos de acreditación: Documento en donde se registra el nombre completo de las personas con discapacidad que concluyen y aprueban, el nombre del curso para el trabajo, el nombre completo del docente y Jefe de Área de Capacitación del CECART y la fecha de emisión.

4.46 servicios: Desarrollo de cursos, talleres, actividades complementarias (campañas, pláticas, eventos), teatros y organización de ligas y clubes deportivos de Prestaciones Sociales Institucionales.



4.47 SIPSI: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales. Herramienta informática para la administración y seguimiento de los servicios de prestaciones sociales institucionales.

4.48 unidad operativa: Son unidades operativas de prestaciones sociales institucionales, Centros de Seguridad Social (CSS), Unidades Deportivas, Centros de Artesanías, Teatros, Centros de Extensión de Conocimientos (CEC), Centros de Extensión de Conocimientos de Esquema Modificado (CECEM), Centros de Seguridad Social Participativo (CSSP), Centros de Bienestar Social (CEBIS), Centro Cultural, Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART) y Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM).

4.49 unidades de referencia médica: Son las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, que derivan al usuario asegurado con discapacidad, al CECART.

4.50 usuario: Personas derechohabientes y población en general que utiliza los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales y órganos que integran la estructura del IMSS, que hacen uso de las instalaciones para realizar actividades sociales, culturales, de capacitación o deportivas y que cumplan con los requisitos vigentes.

5 Políticas

5.1 Generales

5.1.1 La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para la operación del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART)”, clave 3140-003-029, con fecha de registro 09 de enero de 2015.

5.1.2 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.3 El lenguaje empleado en el presente documento, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

5.1.4 El Jefe de Servicios, el Jefe de Departamento y el Director, deberán promover la participación de las personas con discapacidad, en los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales.

5.1.5 El personal que labora en el CECART, deberá observar los lineamientos establecidos en el “Manual para el Trato Adecuado a las Personas con Discapacidad”, que podrá consultar en la PCBS.



5.1.6 El personal del CECART deberá dar cumplimiento a la normatividad establecida en materia de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral, según el ámbito de su responsabilidad.

5.1.7 El Titular de la Coordinación de Bienestar Social, el Titular de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, el Jefe de Servicios y el Director, deberán notificar al personal en el ámbito de su competencia, respectivamente, la actualización del presente procedimiento y de la normatividad vigente en materia de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral; a través de la PCBS.

5.1.8 La División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, deberá analizar aquellas solicitudes de mejora al presente procedimiento, enviadas por el Jefe de Servicios y determinará su procedencia, previa validación y autorización de la Coordinación de Bienestar Social, siempre y cuando se encuentren debidamente fundamentadas.

5.1.9 El Titular de la Coordinación de Bienestar Social, a través del Titular de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico será el responsable de interpretar y tomar las acciones pertinentes para atender aquellos casos no previstos en este documento.

5.1.10 El Jefe de Área de Capacitación, o persona responsable de la operación del SIPSI, designada por el Director, deberá realizar sus actividades en apego al "Manual de uso del Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI)", vigente en la PCBS.

5.1.11 Para llevar a cabo la inscripción de usuarios, el Director y el personal adscrito al CECART, deberán dar cumplimiento al "Procedimiento para la inscripción a cursos y talleres de Prestaciones Sociales Institucionales", clave 3130-003-044.

5.1.12 Será responsabilidad del Jefe de Departamento, Jefe de Oficina y del Director, atender las solicitudes de información de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, por el medio que ésta determine.

5.1.13 El Director, personal administrativo y operativo del CECART, deberán atender, sin excepción, las solicitudes de información que realice cualquier persona de grupos en situación de vulnerabilidad, se incluyen las personas con discapacidad, así como realizar las acciones y los trámites correspondientes que garanticen el otorgamiento oportuno de los servicios otorgados en el CECART.

5.1.14 Los servicios del Aula POETA, serán otorgados a cualquier persona en situación de vulnerabilidad, que desee el acceso a los equipos de cómputo, con la finalidad de elaborar documentos de apoyo para su reincorporación laboral o bien, cursos en materia de alfabetización tecnológica.

5.1.15 Al término de los cursos otorgados en el aula POETA, se le otorgará al usuario un "Reconocimiento de acreditación", como evidencia de haber concluido.



5.1.16 Para la aplicación del presente procedimiento, se deberá considerar el contenido del documento de referencia siguiente:

Convenio de Colaboración con la Organización de Estados Americanos (OEA), a través de la Fundación “The Trust for the Americas”, signado con fecha 02 de diciembre de 2011, el cual establece los mecanismos para la operación del Programa de Oportunidades Económicas a través de la Tecnología en las Américas (POETA), el cual está dirigido a personas en situación de vulnerabilidad y en especial para aquellas con discapacidad.

NOTA: El Convenio de Colaboración con la Organización de Estados Americanos (OEA) se podrá consultar en la PCBS.

5.2 Específicas

5.2.1 Otorgamiento de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral

5.2.1.1 Será responsabilidad del Jefe de Oficina, otorgar oportunamente, al Director, el material de difusión y promoción de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral. Asimismo, la Trabajadora Social deberá promover en colaboración con el personal administrativo y operativo del CECART que designe el Director, la oferta de servicios que otorga el CECART en sus instalaciones, en las unidades de referencia médica, unidades operativas o lugares estratégicos que indique o autorice el Jefe de Servicios, durante todo el año.

5.2.1.2 El Director deberá asegurarse de que los requisitos de ingreso a la cartera de servicios de capacitación para el trabajo y al Aula POETA, estén publicados en un lugar visible y de fácil acceso para la población en situación de vulnerabilidad y en especial para las personas con discapacidad, así como el “Reglamento interno para los usuarios de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3000-022-024.

NOTA: El “Reglamento interno para los usuarios de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3000-022-024 es el Apéndice A de la “Norma para el otorgamiento de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3000-001-023.

5.2.1.3 El Director tomará las decisiones pertinentes para dar cumplimiento al “Reglamento interno para los usuarios de los servicios de prestaciones sociales Institucionales”, clave 3000-022-024, pudiendo considerar la baja o permanencia de los usuarios en los servicios otorgados por el CECART.

5.2.1.4 El Director deberá convocar y dirigir, semanalmente, las sesiones de trabajo con los integrantes del Grupo Técnico Revisor, para determinar en conjunto las acciones de atención y seguimiento de los servicios de trabajo social, psicología, terapia ocupacional, gestión ocupacional, capacitación para el trabajo, área médica y seguridad e higiene, en relación al “Programa individualizado” de cada usuario con discapacidad, de la elaboración de las “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-178, (Anexo 3) u otros casos específicos, para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje y su reincorporación a una vida social y laboral.



5.2.1.5 Los Instructores de Enseñanza Técnica, deberán desarrollar los cursos de capacitación para el trabajo en apego a lo establecido en las “Guías didácticas”, correspondientes a la materia y vigentes, que deberán ser difundidas por el Jefe de Área de Capacitación y considerará también el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-179 (Anexo 4).

5.2.1.6 La Trabajadora Social, será el enlace del CECART con las unidades de referencia y de los servicios de Salud en el Trabajo y Rehabilitación, por lo que podrá solicitar la corrección de los formatos de referencia-contrarreferencia, los instrumentos de recepción de servicios de Salud en el Trabajo y en su caso, a las unidades operativas, el formato “Derivación por unidad operativa”, clave 3B13-009-180 (Anexo 2) y documentación soporte de las actividades en las que el usuario está inscrito.

NOTA: La referencia-contrarreferencia deberá indicar el nivel de atención médica por el cual fue referido.

5.2.1.7 La Trabajadora Social, deberá anotar en la “Bitácora de registro de servicios CECART” la inscripción de las personas en situación de vulnerabilidad, al Aula POETA.

5.2.1.8 El personal responsable de los servicios de trabajo social, psicología, terapia ocupacional, gestoría ocupacional, enseñanza técnica, capacitación para el trabajo, área médica y seguridad e higiene, deberán programar las entrevistas iniciales y parciales, así como de las citas de seguimiento, de manera conjunta con los usuarios, a fin de establecer las fechas y los horarios más convenientes para implementar los “Programas individualizados” y deberán anotarlos en la “Bitácora de registro de servicios CECART” para evitar el traslape de actividades, entre los servicios del CECART y las sesiones del Grupo Técnico Revisor.

5.2.1.9 Las entrevistas iniciales de los servicios mencionados en la política anterior, deberán llevarse a cabo dentro de los 5 días hábiles, posteriores a la entrevista inicial del servicio de trabajo social.

5.2.1.10 El Gestor Ocupacional, participará activamente en las reuniones de la Red Nacional de Vinculación Laboral, generará evidencia de ello; así mismo, realizará, durante el año, un sondeo empresarial, para conocer los perfiles requeridos por los empleadores.

5.2.1.11 El Gestor Ocupacional, será responsable de elaborar y mantener actualizado, trimestralmente, el “Directorio de empresas incluyentes”, derivado de las reuniones con la Red Nacional de Vinculación Laboral y otras acciones de sondeo empresarial.

5.2.1.12 El Gestor Ocupacional será responsable de llevar a cabo los trámites correspondientes a la reincorporación formal al mercado laboral de los usuarios con discapacidad, mientras que el Analista de Enseñanza Técnica, gestionará las relacionadas al autoempleo; así mismo, deberán informar en las reuniones del Grupo Técnico Revisor, los requerimientos del empleador o del negocio propio.



5.2.1.13 El Grupo Técnico Revisor en caso de que el usuario no acepte la primera opción sugerida de acuerdo a su funcionalidad y a los perfiles solicitados por los empleadores, podrá sugerir otra opción, en caso de que el usuario continúe sin aceptar el Gestor Ocupacional notificará al Área Médica las causas de la no reincorporación laboral.

5.2.1.14 El Instructor de Enseñanza Técnica propondrá el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-179 (Anexo 4), el número de evaluaciones parciales de acuerdo a las adecuaciones alineadas a las necesidades y perfil del usuario, así como a los requerimientos del empleador o del negocio propio.

5.2.1.15 En caso de deserción del usuario a los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral, la Trabajadora Social será el contacto entre el CECART y el usuario, para investigar los motivos y en su caso, sensibilizarlo a reincorporarse al servicio correspondiente, para concluir el proceso.

5.2.1.16 La Trabajadora Social deberá notificar por correo electrónico, en su caso, a los responsables de servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y/o reincorporación laboral, los motivos de deserción del usuario, para la reorganización de sus labores y evitar afectar los servicios.

5.2.1.17 La Trabajadora Social emitirá un “Informe mensual de deserción”, que será presentado en las sesiones del Grupo Técnico Revisor, como parte del seguimiento a sus actividades.

5.2.1.18 El Analista de Enseñanza Técnica deberá publicar mensualmente, en el “Boletín de promoción y difusión”, los casos de éxito de los usuarios egresados de los cursos de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral, del CECART, que reflejen el resultado de su situación actual, en relación a su reinserción a una vida social y laboral.

5.2.1.19 El Jefe de Área de Capacitación, deberá asegurarse de que el Analista de Enseñanza Técnica, desarrolle al menos dos “Protocolos de investigación” al año, con enfoque a la reincorporación laboral, para mejorar los servicios del CECART.

5.2.1.20 La Trabajadora Social, el Psicólogo, el Terapeuta Ocupacional, el Gestor Ocupacional, el Jefe de Área Médica, el Jefe de Área de Capacitación, serán responsables de crear, resguardar y actualizar, la “Carpeta de evidencias”, correspondiente a su servicio.

5.2.1.21 La Trabajadora Social, el Psicólogo, el Terapeuta Ocupacional, el Gestor Ocupacional, el Jefe de Área Médica, el Jefe de Área de Capacitación, serán corresponsables de integrar el “Expediente del usuario”, con los documentos derivados del otorgamiento de sus servicios, y una vez integrado, colocarlo en la sección asignada para éste, dentro del área de Trabajo Social; siendo la primera, la responsable de presentar el “Expediente del usuario” en las sesiones del Grupo Técnico Revisor.



5.2.1.22 Los integrantes del Grupo Técnico Revisor, así como el Analista de Enseñanza Técnica deberán mantener actualizada la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), a efecto de que ésta pueda ser revisada en reuniones subsecuentes a las que convoque el Director o algún especialista del CECART.

5.2.2 Seguimiento de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral.

5.2.2.1 El Director deberá dar seguimiento, mensual y semestral, a los resultados de las mediciones finales correspondientes a las variables: funcionalidad, nivel económico, docencia y colocación en el sector laboral del usuario; a fin de establecer acciones preventivas y de mejora.

5.2.2.2 El Director en conjunto con el Grupo de Trabajo Revisor, capacitará al usuario para su reincorporación laboral, en caso de que al tercer intento no se logre, se dará por concluido el proceso para este usuario.

5.2.2.3 El Director atenderá las solicitudes de información que requiera la Coordinación de Bienestar Social o la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, mediante comunicación electrónica o escrita dirigida al Jefe de Departamento con copia al Jefe de Oficina asignado al programa.

5.2.2.4 El Jefe de Área Médica y Jefe de Área de Capacitación deberán supervisar y asegurar el cumplimiento de las acciones de su ámbito de responsabilidad.



Responsable	Descripción de actividades
<p>6 Descripción de actividades</p> <p>Trabajadora Social</p>	<p style="text-align: center;">Etapas I</p> <p style="text-align: center;">Evaluación de ingreso de la persona en situación de vulnerabilidad</p> <p>1. Recibe a la persona en situación de vulnerabilidad en especial con discapacidad y promueve los servicios que otorga el CECART, a través de “Material de difusión y promoción” impresos o digitales.</p> <p>NOTA: Las personas en situación de vulnerabilidad que además presenten discapacidad, podrán gozar de los servicios CECART (Capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral), sin importar si son derechohabientes o no.</p> <p>2. Realiza breve entrevista inicial a la persona interesada, registra información en la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-182 (Anexo 6) y le solicita integrar “Documentación soporte” en original y copia.</p> <p>NOTA: La “Documentación soporte” se solicita de conformidad con la definición 4.15.</p> <p>3. Recibe de la persona interesada la “Documentación soporte” y revisa que se encuentre completa de conformidad a la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-182 (Anexo 6).</p> <p style="text-align: center;">No está completa</p> <p>4. Entrega a la persona interesada la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-182 (Anexo 6) y la “Documentación soporte” y le solicita completar los requisitos faltantes.</p> <p>NOTA: En caso de alguna complementación de datos con las unidades de referencia médica y unidades operativas, la Trabajadora Social solicitará la corrección de conformidad a la política 5.2.1.6.</p> <p>Continúa en la actividad 3.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p style="text-align: center;">Sí está completa</p> <p>5. Llena el formato “Criterios de selección y el perfil de ingreso”, clave 3B13-018-008 (Anexo 7) e identifica el grupo de riesgo al que pertenece la persona interesada, de acuerdo a su perfil de ingreso.</p> <p>6. Evalúa con base en los “Criterios de selección y el perfil de ingreso”, clave 3B13-018-008 (Anexo 7) si la persona interesada, de acuerdo al grupo en situación de vulnerabilidad, es susceptible a integrarse al aula POETA y/o a los servicios de capacitación para el trabajo.</p> <p>NOTA: De conformidad con la política 5.1.14.</p> <p>7. Explica a la persona interesada en qué consisten los servicios del aula POETA y/o los servicios de capacitación para el trabajo y pregunta si desea inscribirse a alguno de los servicios.</p> <p style="text-align: center;">No desea inscribirse</p> <p>8. Agradece su tiempo, entrega original y copia de la “Documentación soporte” y despide a la persona interesada.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sí desea inscribirse</p> <p>9. Devuelve a la persona interesada los originales de la “Documentación soporte”, integra “Expediente del usuario” con la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-182 (Anexo 6) y la copia de la “Documentación soporte” y determina el servicio al que desea inscribirse la persona interesada</p> <p>Modalidad A. Aula POETA.</p> <p>Continúa en la actividad 10.</p> <p>Modalidad B. Capacitación para el trabajo.</p> <p>Continúa en la actividad 20.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p style="text-align: center;">Modalidad A Aula POETA</p> <p>10. Recibe a la persona interesada e inicia atención.</p> <p>11. Anota en la “Bitácora de registro de servicios CECART”, la inscripción de la persona que ingresa al Aula POETA, la acompaña con el Jefe de Área de Capacitación y entrega a éste el “Expediente del usuario” para su consulta.</p> <p>NOTA 1: De conformidad con la política 5.2.1.7.</p> <p>NOTA 2: La Trabajadora Social puede persuadir al usuario en situación de vulnerabilidad que además presente discapacidad a inscribirse posteriormente a los servicios de capacitación para el trabajo, en caso de aceptar realiza también la Modalidad B.</p>
Jefe de Área de Capacitación	<p>12. Recibe a la Trabajadora Social junto con el usuario y el “Expediente del usuario”, identifica el servicio solicitado y lo acompaña al Aula POETA.</p> <p>13. Presenta al usuario con el Instructor y archiva el “Expediente del usuario” de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p>
Instructor	<p>14. Recibe al usuario, brinda el(los) servicio(s) del Aula POETA:</p> <p style="text-align: center;">Uso de equipos</p> <p>15. Registra en una “Libreta” por fecha los datos del usuario y los servicios prestados (consulta, impresión, elaboración de documentos u otra actividad).</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Alfabetización tecnológica</p> <p>16. Incluye al usuario a los cursos de alfabetización tecnológica, al terminar notifica verbalmente a la Trabajadora Social que el usuario ha concluido con los servicios y le solicita la elaboración del “Reconocimiento de acreditación”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>17. Elabora el “Reconocimiento de acreditación”, lo registra en la “Libreta de reconocimientos” y entrega al Instructor.</p> <p>18. Elabora mensualmente “Reporte de usuarios inscritos en el Aula POETA” y lo archiva, cronológicamente en la “Carpeta de evidencias de trabajo social” para efectos estadísticos y de consulta.</p> <p>NOTA: El Jefe de Capacitación resguarda evidencias conforme al Convenio de Colaboración con la Organicen de Estados Americanos (OEA).</p>
Instructor	<p>19. Entrega “Reconocimiento de acreditación” al usuario e informa a la Trabajadora social que ha concluido el proceso.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad B Capacitación para el trabajo</p>
Trabajadora Social	<p>20. Informa al usuario que le notificará, vía telefónica, la fecha y los horarios en los que debe presentarse en las instalaciones del CECART para que los responsables de las áreas de Psicología, Área médica, Terapia ocupacional y Gestoría ocupacional, lleven a cabo las entrevistas iniciales y lo despide amablemente.</p> <p>21. Envía correo electrónico a las Áreas de Psicología, Médica, Terapia ocupacional y Gestoría ocupacional, que se inscribió a un nuevo usuario y solicita le notifiquen en el mismo día, la propuesta de fecha y horario para llevar a cabo la primera entrevista en cada uno de estos servicios.</p> <p>NOTA: Las fechas de cita no deberán exceder 5 días.</p> <p>22. Recibe de las Áreas de Psicología, Médica, Terapia ocupacional y Gestoría ocupacional correo electrónico con propuesta de fechas y horarios.</p> <p>NOTA: En caso de ser necesario realizan ajustes.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>23. Elabora “Bitácora de registro de servicios CECART”, con el calendario que contiene las fechas y horas de las entrevistas iniciales de las Áreas de Psicología, Médica, Terapia ocupacional, Gestoría ocupacional y Trabajo Social.</p> <p>24. Contacta vía telefónica al usuario, le notifica la fecha y horario en que debe presentarse al Área de Trabajo Social para entregarle la “Bitácora de registro de servicios CECART” y que le realicen las entrevistas iniciales.</p> <p>25. Recibe al usuario el día de la cita acordada, saca copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” y entrega.</p> <p>26. Informa al usuario donde se encuentran estos servicios. Le solicita firme de enterado y de conformidad en la “Bitácora de registro de servicios CECART” y le pide puntualidad en sus citas.</p> <p>27. Deriva al usuario con los especialistas para entrevista inicial.</p> <p>Submodalidad a. Trabajo Social.</p> <p>Continúa en la actividad 28.</p> <p>Submodalidad b. Psicología.</p> <p>Continúa en la actividad 33.</p> <p>Submodalidad c. Terapia ocupacional.</p> <p>Continúa en la actividad 37.</p> <p>Submodalidad d. Gestoría ocupacional.</p> <p>Continúa en la actividad 41.</p> <p>Submodalidad e. Área Médica.</p> <p>Continúa en la actividad 47.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p style="text-align: center;">Submodalidad a Trabajo Social</p> <p>28. Realiza entrevista inicial y registra datos en el formato “Entrevista inicial de trabajo social”, clave 3B13-009-183 (Anexo 8).</p> <p>29. Notifica al usuario, la necesidad de realizar una visita domiciliaria, para completar el diagnóstico socio-económico, anota la fecha y hora de la visita en la “Bitácora de registro de servicios CECART” y en la copia del usuario y solicita al usuario firme de conformidad.</p> <p>30. Realiza visita al domicilio del usuario, registra información derivada de la observación y entrevista de esta en “Visita domiciliaria de trabajo social”, clave 3B13-009-184 (Anexo 9) y elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con el diagnóstico socio-económico.</p> <p>31. Extrae el “Expediente del usuario” e integra los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Entrevista inicial de trabajo social”, clave 3B13-009-183 (Anexo 8)• “Visita domiciliaria de trabajo social”, clave 3B13-009-184 (Anexo 9)• “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) <p>y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>32. Agradece al usuario, firma en la original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” para que el usuario continúe con su siguiente entrevista y entrega al usuario la copia.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.9.</p> <p>Continúa en la actividad 51.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Psicólogo	<p style="text-align: center;">Submodalidad b Psicología</p> <p>33. Recibe al usuario, realiza entrevista inicial y registra los datos obtenidos en el formato “Entrevista inicial de psicología”, clave 3B13-009-185 (Anexo 10).</p> <p>34. Aplica al usuario la “Escala de valoración de Hamilton para la Ansiedad” y el “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”, realiza valoración psicológica, considerando los hallazgos en el área afectiva e intelectual y el nivel de ansiedad y depresión de la persona y registra resultados en la sección correspondiente del formato “Entrevista inicial de psicología”, clave 3B13-009-185 (Anexo 10).</p> <p>35. Extrae el “Expediente del usuario” e integra los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Entrevista inicial de psicología”, clave 3B13-009-185 (Anexo 10)• “Escala de valoración de Hamilton para la Ansiedad”• “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) <p>y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>36. Agradece al usuario, firma en la original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” para que el usuario continúe con su siguiente entrevista y entrega al usuario la copia.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.9.</p> <p>Continúa en la actividad 51.</p>
Terapeuta Ocupacional	<p style="text-align: center;">Submodalidad c Terapia ocupacional</p> <p>37. Recibe al usuario, realiza entrevista inicial para identificar las alteraciones cognitivas y funcionales, de acuerdo al tipo de discapacidad.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Terapeuta Ocupacional	<p>38. Anota los resultados en “Entrevista inicial de terapia ocupacional”, clave 3B13-009-186 (Anexo 11) y registra en “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) el diagnóstico de desempeño funcional y ocupacional con base en la “Matriz de requerimientos”.</p> <p>39. Extrae “Expediente del usuario”, integra los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Entrevista inicial de terapia ocupacional”, clave 3B13-009-186 (Anexo 11)• “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) <p>y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>40. Agradece al usuario, firma en la original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” para que el usuario continúe con su siguiente entrevista y entrega al usuario la copia.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.9.</p> <p>Continúa en la actividad 51.</p> <p style="text-align: center;">Submodalidad d Gestoría ocupacional</p>
Gestor Ocupacional	<p>41. Investiga los perfiles solicitados por los empleadores, así como los requisitos para llevar a cabo las entrevistas de trabajo y contratación laboral, a través de las reuniones con la Red Nacional de Vinculación Laboral u otras actividades que este defina y registra información en el formato "Sondeo empresarial", clave 3B13-009-187 (Anexo 12).</p> <p>NOTA: De conformidad con la política 5.2.1.10.</p> <p>42. Actualiza el “Directorio de empresas incluyentes”, con base en la información obtenida en el "Sondeo empresarial", clave 3B13-009-187 (Anexo 12) y otras actividades, integra en la “Carpeta de</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional	<p>evidencias de gestoría ocupacional” y archiva esta última de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>NOTA: De conformidad con la política 5.2.1.11.</p> <p>43. Recibe, entrevista al usuario y anota los resultados en el formato “Entrevista inicial de gestoría ocupacional”, clave 3B13-009-188 (Anexo 13).</p> <p>44. Extrae “Carpeta de evidencias de gestoría ocupacional” y con base en la información elabora propuesta de citas de seguimiento que atiendan las expectativas de inclusión laboral del usuario en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y archiva la Carpeta de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>45. Extrae “Expediente del usuario”, integra los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Entrevista inicial de gestoría ocupacional”, clave 3B13-009-188 (Anexo 13)• “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) <p>y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>46. Agradece al usuario, firma en la original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” para que el usuario continúe con su siguiente entrevista y entrega al usuario la copia.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.9.</p> <p>Continúa en la actividad 51.</p>
Jefe de Área Médica	<p style="text-align: center;">Submodalidad e Área Médica</p> <p>47. Recibe al usuario, realiza entrevista inicial y registra los datos obtenidos en el formato “Entrevista inicial médica”, clave 3B13-009-189 (Anexo 14).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Área Médica	<p>48. Elabora propuesta de pronóstico laboral y plan de trabajo, así como citas de seguimiento y las registra en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), para presentar en la sesión semanal ante el Grupo Técnico Revisor.</p> <p>49. Extrae e integra en el “Expediente del usuario” integra los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Entrevista inicial médica”, clave 3B13-009-189 (Anexo 14)• “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) <p>y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>50. Agradece al usuario, firma en la original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” y lo acompaña con la Trabajadora Social para continuar con los servicios una vez concluidas las entrevistas iniciales.</p>
Trabajadora Social	<p>51. Recibe al usuario y programa la fecha y hora, en original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, para llevar a cabo una cita subsecuente donde se le presentará la propuesta de capacitación para el trabajo y la fecha de inicio.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.4.</p> <p>52. Extrae el “Expediente del usuario” para presentación y análisis en la sesión de trabajo semanal del Grupo Técnico Revisor.</p>
Director	<p style="text-align: center;">Etapas II</p> <p style="text-align: center;">Valoración integral de la persona con discapacidad</p> <p>53. Convoca semanalmente a los integrantes del Grupo Técnico Revisor, a la sesión de trabajo y solicita a la Trabajadora Social, presentar el “Expediente del usuario”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Grupo Técnico Revisor	<p>54. Llevan a cabo reunión, analizan en conjunto los resultados de las evaluaciones iniciales en el “Expediente del usuario” con la participación del Área de Capacitación y de considerarlo necesario, del Analista de Enseñanza Técnica y determinan las estrategias de capacitación laboral.</p> <p>55. Elaboran el “Programa individualizado” del usuario y en original y copia de “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15).</p> <p>56. Integran el original de “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15), a la “Carpeta de evidencias de trabajo social” y copia al “Expediente del usuario” y lo archivan de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p>
Trabajadora Social	<p>57. Elabora el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) con base en las opciones de capacitación laboral y en los servicios del CECART, de conformidad al “Programa individualizado” y al “Control de acuerdos de Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15).</p> <p>58. Saca seis copias del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) y entrega una al Jefe de Área de Capacitación, Jefe de Área Médica, Terapeuta Ocupacional, Gestor Ocupacional y Director, en su rol de coordinador del Grupo Técnico Revisor e integra otra en el “Expediente del usuario”.</p> <p>59. Revisa en “Bitácora de registro de servicios CECART” la programación de la fecha y hora, en que llevará a cabo la cita con el usuario para darle a conocer su propuesta del “Programa individualizado” que se determinó de acuerdo a su perfil.</p> <p>60. Recibe al usuario, entrega el original del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) y le explica que en su “Programa individualizado” se incluye la propuesta</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>de capacitación para el trabajo y los servicios de rehabilitación y reincorporación laboral a los que tiene derecho.</p> <p>61. Pregunta al usuario, si está de acuerdo en llevar a cabo las actividades del “Programa individualizado” propuesto y si desea inscribirse a los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral e integra a “Expediente del usuario”.</p> <p style="text-align: center;">No desea inscribirse</p> <p>62. Agradece su tiempo y despide al usuario.</p> <p>63. Archiva “Expediente del usuario” de forma alfabética y permanente.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sí desea inscribirse</p> <p>64. Acompaña al usuario con el Jefe de Área de Capacitación para su inscripción y entrega al último “Expediente del usuario”.</p>
Jefe de Área de Capacitación	<p style="text-align: center;">Etapas III</p> <p style="text-align: center;">Inscripción, otorgamiento y seguimiento del servicio de capacitación para el trabajo</p> <p>65. Procede conforme al caso:</p> <p>Modalidad A. Inscripción y otorgamiento del servicio.</p> <p>Continúa en la actividad 66.</p> <p>Modalidad B. Seguimiento a los servicios de Rehabilitación laboral.</p> <p>Continúa en la actividad 96.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Área de Capacitación	<p style="text-align: center;">Modalidad A Inscripción y otorgamiento del servicio</p> <p>66. Recibe al usuario y el “Expediente del usuario”, lo inscribe en el SIPSI al curso de capacitación para el trabajo, de acuerdo al “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) y en apego al “Procedimiento para la inscripción a cursos y talleres de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3130-003-044.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.1.10.</p>
	<p>67. Imprime del SIPSI, la “Lista de asistencia” por grupo y la entrega personalmente al Instructor para su registro diario de asistencias en cada clase que imparta.</p> <p>68. Acompaña al usuario con la Trabajadora Social, para concluir con el proceso de inscripción al curso de capacitación para el trabajo.</p> <p>Trabajadora Social</p> <p>69. Recibe al usuario, requisitan:</p> <ul style="list-style-type: none">• "Consentimiento del programa individualizado", clave 3B13-009-192 (Anexo 17)• "Propiedad intelectual, derechos de autor y divulgación", clave 3B13-009-193 (Anexo 18) <p>y los integra en el “Expediente del usuario”.</p> <p>70. Toma el “Expediente del usuario”, recorren las instalaciones del CECART y lo acompaña con el Jefe de Área de Capacitación.</p> <p>71. Entrega al Jefe de Área de Capacitación el “Expediente del usuario” para su consulta.</p> <p>Jefe de Área de Capacitación</p> <p>72. Acompaña a la Trabajadora Social y al usuario, al aula donde se impartirá el curso, presenta al usuario con el Instructor y le entrega el “Expediente del usuario”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Instructor	<p>73. Recibe “Lista de asistencia”, el “Expediente del usuario”, extrae el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15) e identifica las recomendaciones del Grupo Técnico Revisor para adecuar, en su caso, el contenido del curso conforme al perfil y necesidades del usuario, posible empleador o actividad de autoempleo.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.14.</p> <p>74. Recibe al usuario e indica el lugar que se le ha asignado dentro del aula para tomar el curso e informa el mecanismo de control de asistencias, las medidas de seguridad y las rutas de evacuación en caso de incendio, sismo o alguna contingencia y las reglas internas dentro del aula.</p> <p>NOTA: Previa autorización del Director, el Instructor puede solicitar a los usuarios sus datos de contacto (número telefónico y/o correo electrónico), como medio de comunicación para la aclaración de dudas vistas en clase, el envío de tareas, trabajos o formatos de llenado.</p> <p>75. Elabora el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-179 (Anexo 4) y de acuerdo a la información registrada en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15), realiza ajustes de acuerdo a la política 5.2.1.13.</p> <p>76. Integra el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-179 (Anexo 4) en el “Expediente del usuario” y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>77. Aplica “Evaluación inicial” de conformidad a la “Guía didáctica” correspondiente y entrega al Jefe de Área de Capacitación.</p> <p>NOTA 1: De conformidad a la política 5.2.1.5.</p> <p>NOTA 2: En caso de ser necesario el Instructor se queda con una copia de las Evaluaciones.</p>
Jefe de Área de Capacitación	<p>78. Recibe la “Evaluación inicial” del usuario y registra medición basal en el SIPSI.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Área de Capacitación	79. Extrae el “Expediente del usuario” e integra la “Evaluación inicial” y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.
Instructor	80. Imparte el curso y registra diariamente la asistencia del usuario en la “Lista de asistencia” y en el SIPSI. NOTA: La “Lista de asistencia” se registra de conformidad con el “Manual de uso del Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI)”.
Psicólogo	81. Solicita al usuario, asistir a cita de seguimiento, de acuerdo al “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16), con el Psicólogo. 82. Recibe al usuario, elaboran en conjunto su “Curriculum Vitae” y realiza simulación de entrevista de trabajo, para facilitar su reincorporación laboral. NOTA: Esta actividad se realizará las veces necesarias durante su proceso de capacitación.
Instructor	83. Aplica “Evaluación parcial”, según corresponda en apego a la “Guía didáctica” y entrega al Jefe de Área de Capacitación. NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.5.
	84. Elabora semanalmente el formato “Evaluación del desempeño del usuario”, clave 3B13-009-194 (Anexo 19) e informa al usuario sobre su desempeño y porcentaje de avance en su capacitación. NOTA: De considerarlo necesario, el Instructor puede realizar ajustes en el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-179 (Anexo 4), de acuerdo al desempeño del usuario en el aula.
	85. Entrega personal y semanalmente, la “Evaluación del desempeño del usuario”, clave 3B13-009-194 (Anexo 19) al Jefe de Área de Capacitación, de considerarlo, le notifica verbalmente a éste, la necesidad de desarrollar ayudas técnicas que coadyuven a la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje del usuario.



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Área de Capacitación	<p>86. Recibe la “Evaluación parcial” y la “Evaluación del desempeño del usuario”, clave 3B13-009-194 (Anexo 19).</p> <p>87. Elabora en original y copia “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) en donde, de acuerdo a la información contenida, se establece la necesidad de desarrollar ayudas técnicas que coadyuven a la mejora del desempeño del usuario en el proceso de enseñanza-aprendizaje con base en la “Evaluación del desempeño del usuario”, clave 3B13-009-194 (Anexo 19).</p> <p>88. Entrega “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), al Jefe de Área Médica, para su valoración en los servicios de Terapia ocupacional e integra original junto con la “Evaluación del desempeño del usuario” clave 3B13-009-194 (Anexo 19) y la “Evaluación parcial”, en el “Expediente del usuario”.</p> <p>89. Archiva “Expediente del usuario” en el lugar correspondiente de manera temporal y alfabéticamente.</p>
Instructor	<p>90. Aplica al usuario la “Evaluación final” del curso, de conformidad con la “Guía didáctica” y la entrega al Jefe de Área de Capacitación.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.5.</p>
Jefe de Área de Capacitación	<p>91. Recibe la “Evaluación final” y la registra en el SIPSI e integra al “Expediente del usuario”.</p>
Instructor	<p>92. Extrae “Expediente del usuario” y de éste “Evaluación inicial”, “Evaluación parcial” y “Evaluación final”, registra en “Control de avance”, clave 3B13-009-195 (Anexo 20) las calificaciones registradas y entrega al Jefe de Área de Capacitación.</p> <p>93. Integra a “Expediente del usuario”:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Evaluación inicial”



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Área de Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• “Evaluación parcial”• “Evaluación final” <p>y lo archiva de manera temporal y alfabéticamente.</p> <p>94. Recibe “Control de avance”, clave 3B13-009-195 (Anexo 20), coteja las calificaciones en el SIPSI.</p> <p>95. Extrae el “Expediente del usuario”, integra “Control de avance”, clave 3B13-009-195 (Anexo 20) y archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>Continúa en la actividad 143.</p>
Jefe de Área Médica	<p style="text-align: center;">Modalidad B</p> <p>Seguimiento a los servicios de Rehabilitación laboral</p> <p>96. Recibe copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), emitida por el Jefe de Área de Capacitación y evalúa la procedencia del desarrollo de ayudas técnicas, que le permitan al usuario mejorar su nivel físico, mental, sensorial óptimo, así como compensar la pérdida de una función y facilitar su reincorporación al ámbito laboral.</p> <p>NOTA: De considerarlo necesario, el Director puede solicitar asesoría de los médicos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Delegación Norte del Distrito Federal, para determinar otras técnicas o acciones que fortalezcan la capacidad funcional del usuario.</p>
Terapeuta Ocupacional	<p>97. Instruye al Terapeuta Ocupacional, aplicar al usuario el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21).</p> <p>98. Contacta e informa al usuario de acuerdo a la programación en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) y al “Programa individualizado”, la fecha y hora de la cita asignada para aplicar el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Terapeuta Ocupacional	99. Recibe al usuario, aplica el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21) y evalúa sus actividades básicas de la vida diaria y en su caso, de la laboral.
Terapeuta Ocupacional e Instructor	100. Registran las “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-178 (Anexo 3) con base en el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21), que permitan al usuario compensar las limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales.
Terapeuta Ocupacional	101. Presenta al usuario los resultados del “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21) y las “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-178 (Anexo 3) y lo invita a realizar las actividades encaminadas a fortalecer su capacidad funcional. 102. Integra al “Expediente del usuario” el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21) y el formato de “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-178 (Anexo 3). 103. Realiza acciones de seguimiento durante la estancia del usuario en el CECART, extrae del “Expediente del usuario”, el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21) y registra su nivel de avance de funcionalidad. 104. Registra el resultado de la medición basal y final de la variable funcionalidad, en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), con base en el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21), así como de las intervenciones en materia de terapia ocupacional. <p>NOTA: Los resultados de la medición de la variable funcionalidad, se encuentran registrados en el “Inventario de habilidades del usuario”, clave 3B13-009-196 (Anexo 21).</p> 105. Entrega al Jefe de Área de Capacitación la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con la medición basal y final de la variable funcionalidad.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>112. Saca cinco copias de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con los motivos de la deserción del usuario y entrega una al Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Gestor Ocupacional, Jefe de Área Médica y Jefe de Área de Capacitación, para tomar las medidas necesarias y evitar afectar sus servicios.</p> <p>113. Elabora el “Informe mensual de deserción”, con base en el análisis de cada “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) e integra el primero en la “Carpeta de evidencias de trabajo social”, para presentarlos en las reuniones mensuales o semestrales de seguimiento, convocadas por el Director.</p> <p>114. Extrae el “Expediente del usuario” e integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con los motivos de la deserción y lo archiva de forma permanente y alfabética en el lugar establecido.</p>
Jefe de Área de Capacitación	<p>115. Recibe copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) registra baja del usuario en el SIPSI.</p> <p>Da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Sí asiste</p>
Trabajadora Social	<p>116. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con los resultados del cumplimiento de actividades del usuario en relación al “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16).</p> <p>117. Saca copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 y la entrega junto con el original del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) al Jefe de Área Médica, para su seguimiento.</p> <p>118. Extrae el “Expediente del usuario” e integra original de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) del cumplimiento de</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Jefe de Área Médica</p> <p>Técnico en Seguridad e Higiene</p> <p>Jefe de Área Médica</p>	<p>actividades del usuario y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>Continúa en la actividad 142.</p> <p style="text-align: center;">Submodalidad b Supervisión de seguridad e higiene dentro del CECART</p> <p>119. Recibe copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) junto con original del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16), los observa y entrega al Técnico en Seguridad e Higiene.</p> <p>120. Instruye personalmente al Técnico en Seguridad e Higiene, realizar acciones de supervisión y difusión de las medidas de seguridad e higiene dentro del CECART y en los lugares de trabajo.</p> <p>121. Recibe la copia “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) junto con original del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16), con base en éstos, realiza visitas de seguimiento al aula e instalaciones de los servicios del CECART y en su caso, imparte pláticas a los usuarios para identificar las acciones de seguridad e higiene.</p> <p>122. Registra observaciones relacionadas al cumplimiento en el “Informe diario de supervisión de seguridad e higiene”, clave 3B13-009-197 (Anexo 22) y entrega al Jefe de Área Médica.</p> <p>123. Extrae el “Expediente del usuario” e integra copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) junto con el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p> <p>124. Recibe el “Informe diario de supervisión de seguridad e higiene”, clave 3B13-009-197 (Anexo 22) y archiva temporalmente en la “Carpeta de evidencias de área médica” para presentarlo en la</p>



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Área Médica	<p>próxima sesión de trabajo semanal del Grupo Técnico Revisor.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.1.4.</p> <p>125. Instruye al Analista de Enseñanza Técnica para que de acuerdo a la “Bitácora de registro de servicios CECART”, lleve a cabo la entrevista del usuario al mes de haber iniciado su capacitación.</p>
Analista de Enseñanza Técnica	<p>126. Extrae el “Expediente del usuario” y registra en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) la fecha y hora para llevar a cabo la entrevista con el usuario y le notifica a éste, vía telefónica.</p> <p>127. Recibe al usuario, de acuerdo a la fecha asignada en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16) y aplica “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-198 (Anexo 23) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-199 (Anexo 24).</p> <p>128. Integra la “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-198 (Anexo 23) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-199 (Anexo 24) en el “Expediente del usuario” y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>Continúa en la actividad 210.</p> <p style="text-align: center;">Submodalidad c Evaluación del desempeño y comportamiento del usuario en aula</p>
Psicólogo	<p>129. Realiza visitas de seguimiento al aula del curso de capacitación para el trabajo, para observar el desempeño y comportamiento del usuario, extrae el “Expediente de usuario” y de éste la “Evaluación del desempeño del usuario”, clave 3B13-009-194 (Anexo 19).</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Psicólogo</p> <p>Psicólogo e Instructor</p>	<p>130. Elabora en dos tantos “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con base en la “Evaluación del desempeño del usuario”, clave 3B13-009-194 (Anexo 19) y el comportamiento del usuario dentro del aula, los aspectos sociales, de aprendizaje y de relaciones interpersonales que no fueron visibles en las entrevistas iniciales, ni de seguimiento y determina las actividades y acciones para reforzar, las áreas de oportunidad del usuario para facilitar su reincorporación social y laboral.</p> <p>131. Solicita personalmente al Instructor del curso, acordar fecha y hora para llevar a cabo una reunión de trabajo.</p> <p>132. Realizan reunión de trabajo, analizan la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y diseñan en conjunto, las intervenciones académicas y conductuales positivas del usuario para disminuir o eliminar las barreras de aprendizaje.</p> <p>133. Elaboran en tres originales “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 con las acciones y acuerdos establecidos en la reunión de trabajo.</p> <p>NOTA: La “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 pertenece al “Procedimiento para el otorgamiento, evaluación y seguimiento a la capacitación y adiestramiento técnico presencial”, clave 3140-003-037.</p> <p>134. Entrega un tanto de la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 junto con la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) al Instructor para su atención, integra otro en la “Carpeta de evidencias de psicología”.</p> <p>135. Integra al “Expediente del usuario” la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y un tanto de la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Instructor	<p>136. Recibe un tanto de “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 y de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5).</p>
Psicólogo e Instructor	<p>137. Implementan, las acciones establecidas en la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138.</p> <p>138. Evalúan en el periodo que éstos definan, si existe mejora en el comportamiento y desempeño del usuario.</p> <p style="text-align: center;">No existe mejora</p>
Psicólogo	<p>139. Determina las acciones necesarias para reforzar aspectos emocionales, independencia, confianza, autoestima, seguridad, entre otros, de acuerdo al desempeño observado del usuario.</p> <p>140. Contacta vía telefónica o correo electrónico al usuario y programa la fecha y hora, en la “Bitácora de registro de servicios CECART” para llevar a cabo sesiones de seguimiento en relación al desempeño de éste.</p> <p>141. Recibe al usuario y notifican la necesidad de llevar a cabo citas subsecuentes a fin de mejorar su desempeño y las registra en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16).</p> <p>Continúa en la actividad 138.</p> <p style="text-align: center;">Sí existe mejora</p> <p>142. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), en donde se establece los avances que ha logrado el usuario y entrega al Gestor Ocupacional.</p> <p>Continúa en la actividad 172.</p>



Responsable	Descripción de actividades
	<p style="text-align: center;">Etapa IV</p> <p style="text-align: center;">Acreditación de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral</p> <p>Jefe de Área de Capacitación 143. Elabora “Reconocimiento de acreditación” de cada usuario que aprobó el curso, registra en la “Relación de reconocimientos de acreditación” y entrega la primera al Director, para su firma.</p> <p>Director 144. Recibe y firma el “Reconocimiento de acreditación” y devuelve al Jefe de Área de Capacitación.</p> <p>Jefe de Área de Capacitación 145. Recibe y saca copia del “Reconocimiento de acreditación” y entrega original al usuario en el aula en compañía del instructor.</p> <p>146. Solicita al usuario firme de recibido en el campo correspondiente de la “Relación de reconocimientos de acreditación” y le informa la opción de obtener su “Certificado de estándar de competencia”.</p> <p>147. Extrae el “Expediente del usuario”, integra copia de “Reconocimiento de acreditación” y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente en el lugar establecido, así como la “Relación de reconocimientos de acreditación” en la “Carpeta de evidencias del área de capacitación”.</p> <p>148. Elabora mensualmente el “Informe final de capacitación del usuario”, clave 3B13-009-200 (Anexo 25), con base en los resultados del “Control de avance”, clave 3B13-009-195 (Anexo 20) del “Expediente del usuario”, integra el primero en la “Carpeta de evidencias del área de capacitación” y lo presenta en las reuniones mensuales o semestrales de seguimiento, convocadas por el Director.</p> <p style="text-align: center;">NOTA: De conformidad a la política 5.2.2.1</p> <p style="text-align: center;">Etapa VI</p> <p style="text-align: center;">Otorgamiento y seguimiento del servicio de reincorporación laboral</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Analista de Enseñanza Técnica</p> <p>Jefe de Área de Capacitación</p>	<p>NOTA 3: El Técnico en Seguridad e Higiene, puede acompañar al Analista de Enseñanza Técnica, para evaluar las instalaciones y el funcionamiento del equipo de trabajo que emplea el usuario.</p> <p>160. Extrae el “Expediente del usuario” y de este, el formato “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-201 (Anexo 26) en donde registra las mediciones finales de las variables: nivel económico y colocación en el sector laboral.</p> <p>161. Entrega el formato “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-201 (Anexo 26) al Jefe de Área de Capacitación.</p> <p>162. Recibe formato “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-201 (Anexo 26), captura en el SIPSI las variables: nivel económico y colocación en el sector laboral y archiva en el “Expediente del usuario”.</p> <p>Da por concluido el proceso para la Modalidad A.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad B Reincorporación al mercado laboral</p>
<p>Trabajadora Social</p>	<p>163. Contacta vía telefónica o correo electrónico al usuario y programa la fecha y hora con el Gestor Ocupacional quien realizará las acciones de acompañamiento y gestión para lograr su reincorporación a un empleo formal y registra cita en la “Bitácora de registro de servicios CECART” y en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-191 (Anexo 16).</p> <p>NOTA: De conformidad con la política 5.2.1.12.</p>
<p>Gestor Ocupacional</p>	<p>164. Recibe al usuario, realiza breve entrevista y registra las mediciones basales de las variables: nivel económico y colocación en el sector laboral en el formato “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-201 (Anexo 26).</p> <p>165. Consulta el “Directorio de empresas incluyentes” con base en el formato “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-201 (Anexo 26) y selecciona las</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional	<p>empresas en donde existan posibilidades de reincorporar laboralmente al usuario, de acuerdo a su perfil y al requerido por el empleador.</p> <p>166. Informa al usuario de las opciones de empleadores para que en conjunto elijan la que mejor se adapte a sus necesidades.</p> <p>167. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) donde enlista las empresas, el perfil requerido por éstas y otras especificaciones para llevar a cabo la contratación laboral del usuario e integra de forma temporal en el “Expediente del usuario” junto con el formato “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-201 (Anexo 26) y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p>
Trabajadora Social	<p>168. Presenta el “Expediente del usuario” en la sesión semanal del Grupo Técnico Revisor.</p>
Grupo Técnico Revisor	<p>169. Determina las acciones de atención y de seguimiento para fortalecer el perfil psicológico del usuario y facilitar su reincorporación laboral y las registra en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15).</p> <p>170. Saca cinco copias del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15) y entrega una al Jefe de Área Médica, al Jefe de Área de Capacitación, al Psicólogo, al Gestor Ocupacional, Terapeuta Ocupacional y a la Trabajadora Social.</p> <p>NOTA: Cada especialista integra su copia a su Carpeta de evidencias.</p>
Trabajadora Social	<p>171. Integra el original del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15) al “Expediente del usuario” y archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p>
Gestor Ocupacional	<p>172. Recibe “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) del Psicólogo en donde se indica que el usuario se encuentra preparado para asistir a la entrevista de trabajo y entrega copia al usuario.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional	<p>173. Extrae el “Expediente del usuario”, integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>174. Elabora el “Oficio para la reincorporación laboral” que establece las recomendaciones para facilitar la reincorporación del usuario y la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28), dirigidos a la persona-enlace de la empresa, y entrega al Director para su firma.</p>
Director	<p>175. Recibe “Oficio para la reincorporación laboral” y la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28), firma y devuelve al Gestor Ocupacional, para su trámite ante la empresa incluyente contratante.</p> <p>NOTA: En caso de ser necesario solicita modificaciones.</p>
Gestor Ocupacional	<p>176. Recibe “Oficio para la reincorporación laboral” y “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28) firmados y saca una copia de cada uno.</p> <p>177. Entrega personalmente o envía por mensajería, el original y copia del “Oficio para la reincorporación laboral” a la persona-enlace de la empresa y solicita colocar en la fotocopia un sello o firma, de acuse de recibo.</p> <p>178. Extrae el “Expediente del usuario” e integra copia de acuse de recibo del “Oficio para la reincorporación laboral” y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>179. Entrega al usuario original y copia de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28).</p> <p>180. Contacta a la persona-enlace de la empresa, con base en el “Directorio de empresas incluyentes” y realiza la gestión para llevar a cabo la entrevista de trabajo inicial del usuario con la empresa.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional	<p>181. Contacta al usuario, vía telefónica o correo electrónico y notifica la fecha y hora en que se llevará a cabo la entrevista de trabajo inicial y le solicita presentar a la persona-enlace de la empresa los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Original de su “Currículum Vitae”.• Copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5).• Original y copia de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28). <p>182. Acompaña al usuario a la entrevista inicial de trabajo y solicita a la persona-enlace, colocar un sello o firma, de acuse de recibo en la copia de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28), como evidencia de que se llevó a cabo la entrevista de trabajo.</p> <p>183. Solicita a la persona-enlace de la empresa los resultados y observaciones derivadas de la entrevista de trabajo con el usuario, recibe notificación y revisa si fue aceptado.</p> <p style="text-align: center;">No fue aceptado</p> <p>184. Realiza las acciones de seguimiento derivadas del resultado de la entrevista de trabajo, notificadas por la empresa y elabora la “Tarjeta de seguimiento de empleo formal”, clave 3B13-009-204 (Anexo 29).</p> <p>185. Extrae el “Expediente del usuario”, integra la copia de acuse de recibo de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-203 (Anexo 28) y lo archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>186. Identifica las áreas de oportunidad derivadas de la entrevista inicial de trabajo, elabora la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), detallando las causas por las que no se concretó la reincorporación laboral con base en la “Tarjeta de seguimiento de empleo formal”, clave 3B13-009-204 (Anexo 29).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional	<p>NOTA 1: El Gestor Ocupacional debe hacer todo lo posible por lograr la reincorporación laboral del usuario, ya que es un indicador de meta en sus actividades.</p> <p>NOTA 2: Para el caso de asegurados referidos de los Servicios de Salud en el Trabajo o Rehabilitación y que hayan rebasado el límite de las 52 semanas, se deriva a los Servicios de Salud en el Trabajo para determinar lo procedente.</p> <p>187. Extrae el “Expediente del usuario”, integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y la “Tarjeta de seguimiento de empleo formal”, clave 3B13-009-204 (Anexo 29) y archiva de forma temporal y alfabéticamente, para presentar el caso en la próxima sesión semanal del Grupo Técnico Revisor.</p>
Grupo Técnico Revisor	<p>188. Llevan a cabo reunión, analizan el “Expediente del usuario” y determinan las acciones de seguimiento para un nuevo intento de reincorporación laboral o en su caso, para notificar a la unidad de referencia médica la no reincorporación laboral.</p> <p>189. Registran en original los compromisos y acciones de seguimiento en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15) para otro intento de reincorporación laboral o en su caso, para notificar a la unidad de referencia médica la no reincorporación laboral, saca cinco copias y entrega una al Jefe de Área Médica, al Psicólogo, al Terapeuta Ocupacional, al Jefe de Área de Capacitación y al Gestor Ocupacional.</p> <p>NOTA: Cada especialista integra su copia a su Carpeta de evidencias.</p>
Trabajadora Social	<p>190. Integra el original de “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15) al “Expediente del usuario” y archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p> <p>191. Proceden conforme al caso:</p> <p>Reincorporación al mercado laboral.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional y Jefe de Área de Capacitación.	<p>Continúa en la actividad 192.</p> <p>Sin reincorporación</p> <p>Continúa en la actividad 193.</p> <p>NOTA 1: De ser la tercera gestión se procede conforme a la política 5.2.2.2.</p> <p>NOTA 2: Para el caso de población no referida por Área Médica sólo se da por concluido el proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Reincorporación al mercado laboral</p> <p>192. Implementan los compromisos del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-190 (Anexo 15), para lograr la reincorporación laboral del usuario.</p> <p>Continúa en la actividad 163.</p> <p style="text-align: center;">Sin reincorporación</p>
Trabajadora Social	<p>193. Extrae del “Expediente del usuario”, la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), que indica la no reincorporación laboral, para iniciar con el proceso de elaboración de respuesta a la “Referencia-contrarreferencia”, según aplique.</p> <p>194. Elabora en original y copia la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), como respuesta a la “Referencia-contrarreferencia” y la entrega al Director.</p> <p>NOTA: En caso de ser necesario solicita modificaciones.</p>
Director	<p>195. Recibe la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), firma y envía, mediante correo electrónico al Servicio de Salud en el Trabajo, de la Unidad Médica de referencia, para su atención.</p> <p>196. Devuelve original y copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) a la Trabajadora Social.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>197. Recibe original y copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5), contacta al usuario y le informa que no fue posible su reincorporación laboral formal.</p> <p>198. Registra la fecha y hora de la cita en la “Bitácora de registro de servicios CECART”, para entregar el original de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5).</p> <p>199. Recibe al usuario, entrega original de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) para que ésta realice el trámite correspondiente y recaba firma de recibido en la copia.</p> <p>200. Despide al usuario y le agradece su tiempo.</p> <p>201. Extrae “Expediente del usuario”, integra copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y lo archiva de forma permanente y alfabética.</p> <p>Da por concluido el proceso para el usuario y continúa en la actividad 208.</p> <p style="text-align: center;">Sí fue aceptado</p>
Gestor Ocupacional	<p>202. Recibe de la persona-enlace de la empresa, correo electrónico con el “Contrato de trabajo” o “Carta de aceptación” y las imprime.</p> <p>NOTA: La empresa notifica también por correo electrónico al usuario que fue aceptado y que deberá presentarse para realizar los trámites de su contratación.</p> <p>203. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) con el registro de las mediciones basal y final de la variable nivel económico del usuario, establecido en el “Contrato de trabajo” o “Carta de aceptación”.</p> <p>204. Extrae el “Expediente del usuario” e integra el “Contrato de trabajo” o “Carta de aceptación” y archiva de forma temporal y alfabéticamente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Gestor Ocupacional	<p>205. Entrega “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) al Jefe de Área de Capacitación.</p>
Jefe de Área de Capacitación	<p>206. Recibe “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y registra las mediciones basal y final de la variable nivel económico del usuario en el SIPSI.</p> <p>207. Extrae el “Expediente del usuario”, integra “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-181 (Anexo 5) y lo archiva de forma temporal y alfabética.</p>
Gestor Ocupacional	<p>208. Realiza visita de seguimiento al lugar de trabajo del usuario al mes de su reincorporación, elabora la “Tarjeta de seguimiento en empleo formal”, clave 3B13-009-204 (Anexo 29) e “Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo”, clave 3B13-009-205 (Anexo 30) e integra en el “Expediente de usuario”.</p> <p>NOTA 1: Las visitas de seguimiento se llevan a cabo a los 6 y 12 meses posteriores, de la reincorporación laboral.</p> <p>NOTA 2: El Técnico en Seguridad e Higiene, puede acompañar al Gestor Ocupacional a las visitas de seguimiento, a fin de verificar las instalaciones y el funcionamiento del equipo de trabajo.</p> <p>Da por concluido el proceso para el usuario.</p> <p style="text-align: center;">Etapas VII</p> <p style="text-align: center;">Análisis de resultados del servicio capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral</p>
Jefe de Área Médica	<p>209. Instruye al Analista de Enseñanza Técnica para que realice los análisis de los resultados de la “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-198 (Anexo 23) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-199 (Anexo 24) de cada usuario.</p>
Analista de Enseñanza Técnica	<p>210. Extrae el “Expediente del usuario” y de éste la “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-198 (Anexo 23) y la</p>



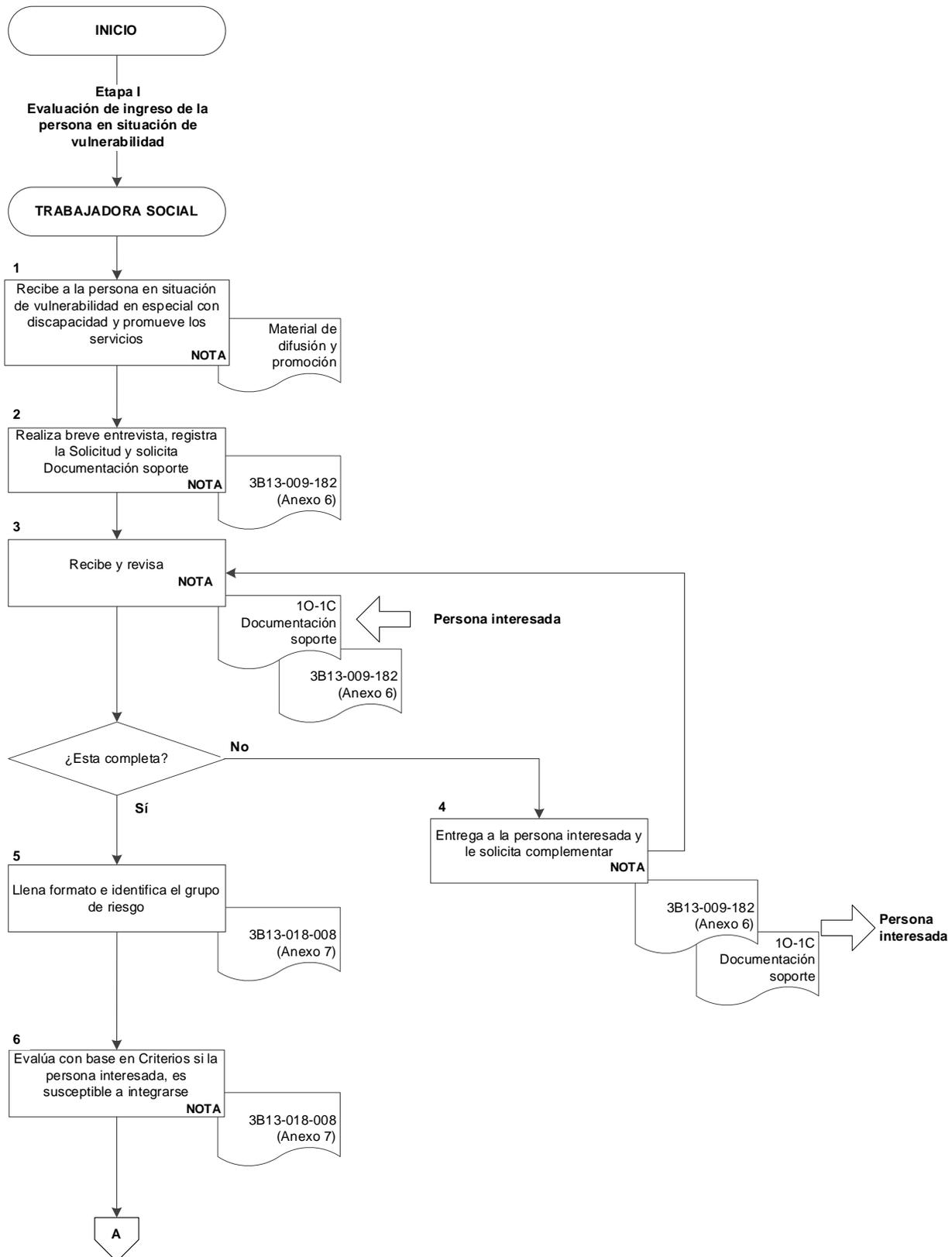
Responsable	Descripción de actividades
Analista de Enseñanza Técnica	<p>“Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-199 (Anexo 24) de cada usuario, analiza la información y elabora “Informe mensual de satisfacción” y “Boletín de promoción y difusión”.</p> <p>NOTA: De conformidad con las políticas 5.2.1.18.</p> <p>211. Elabora “Informe trimestral de reincorporación”, cruza información con el “Informe mensual de satisfacción” y derivado de este análisis, desarrolla “Propuesta de protocolos de investigación”, en apego al “Procedimiento para realizar Investigación Social en Salud”, clave 3140-003-061.</p> <p>212. Elabora “Presentación de resultados” para las reuniones mensuales y semestrales de seguimiento, convocadas por el Director, con base en los resultados del “Informe trimestral de reincorporación”, “Informe mensual de satisfacción” y “Propuesta de protocolos de investigación”.</p> <p>213. Integra el “Informe mensual de satisfacción”, el “Informe trimestral de reincorporación”, la “Propuesta de protocolos de investigación” y el “Boletín de promoción y difusión” en la “Carpeta de evidencias del área de capacitación”.</p>
Director	<p>214. Convoca a reunión a Jefes de Área, personal administrativo del área médica, de capacitación y de ser necesario, a los Instructores, para analizar los resultados derivados de las asistencias de las personas usuarias a los cursos de capacitación para el trabajo para la medición final.</p>
Director y Jefes de Área y personal administrativo	<p>215. Elaboran los acuerdos y compromisos derivados del análisis de las “Carpetas de evidencias” de cada área.</p> <p>NOTA: De conformidad a la política 5.2.2.1.</p> <p>216. Elaboran la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 (Anexo) y la firman.</p>
Trabajadora Social	<p>217. Saca cinco copias de la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3140-009-138 con acuerdos y compromisos y entrega una al Psicólogo, Terapeuta</p>

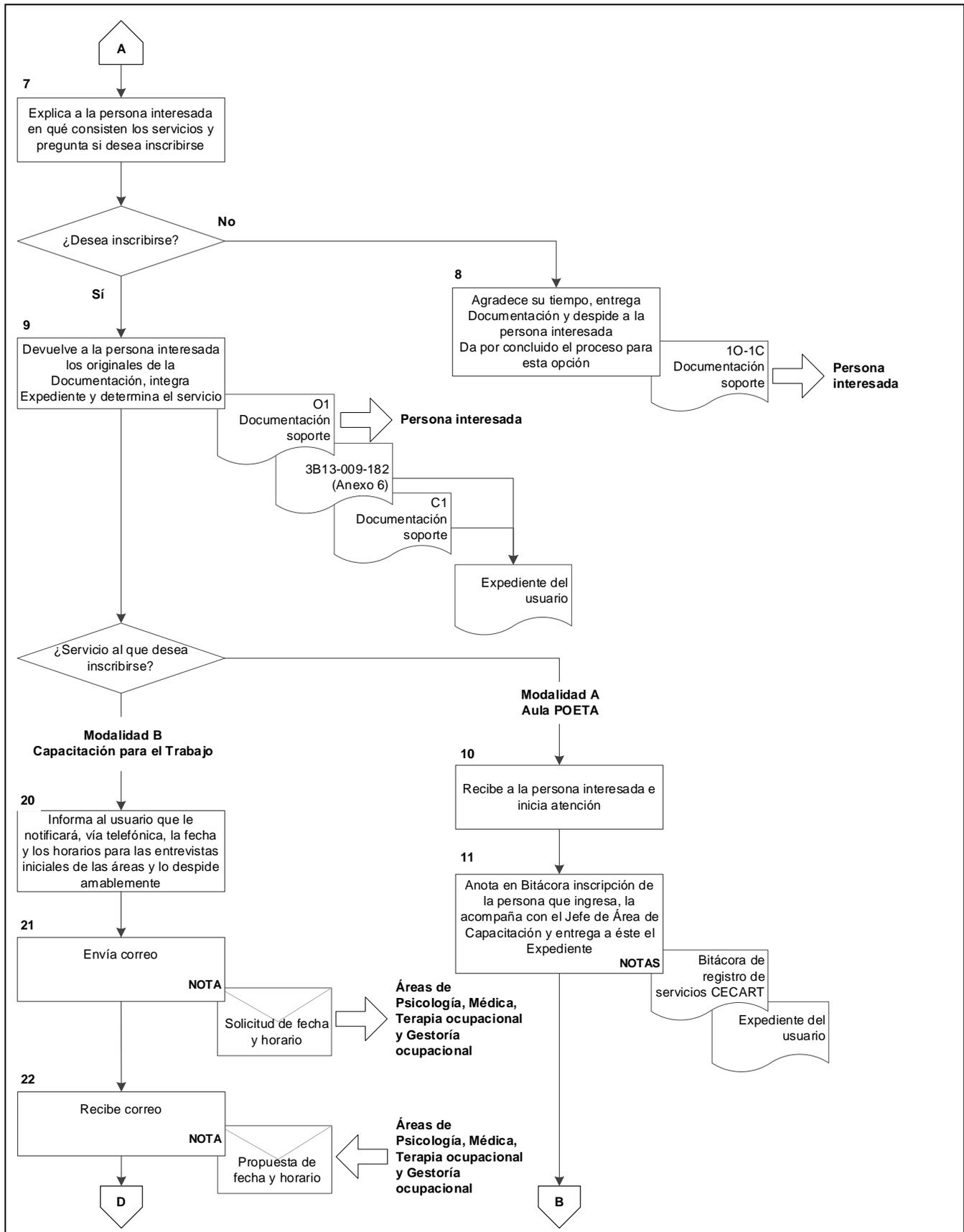


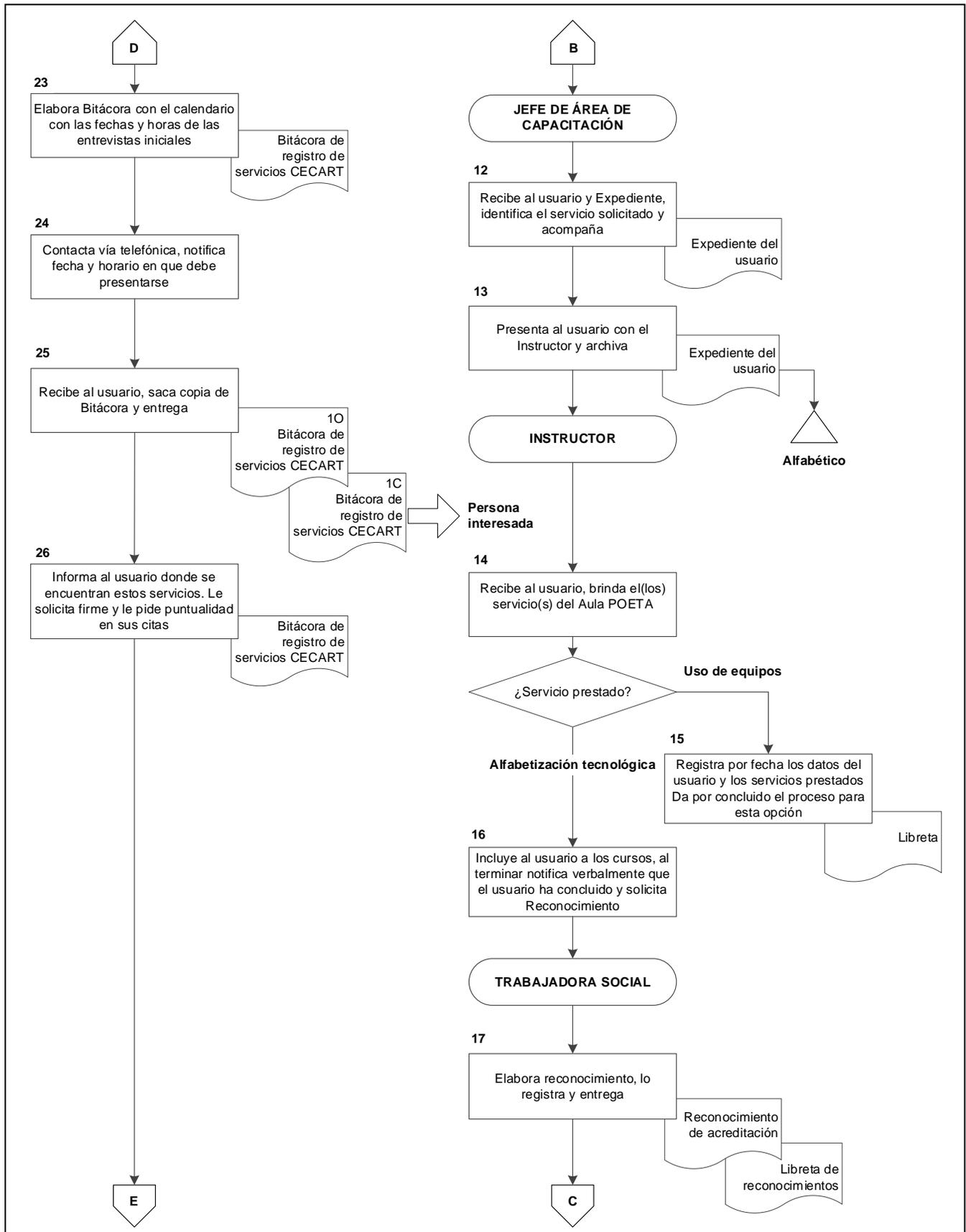
Responsable	Descripción de actividades
Director	<p>Ocupacional, Gestor Ocupacional, Jefe de Área Médica y Jefe de Área de Capacitación, para tomar las medidas necesarias según su ámbito de responsabilidad.</p> <p>218. Verifica que los asistentes de la reunión, integren y resguarden cronológicamente, las “Evidencias de cumplimiento” de los acuerdos y compromisos generados en las reuniones mensuales, en sus respectivas “Carpetas de evidencias”, para su consulta y seguimiento.</p> <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

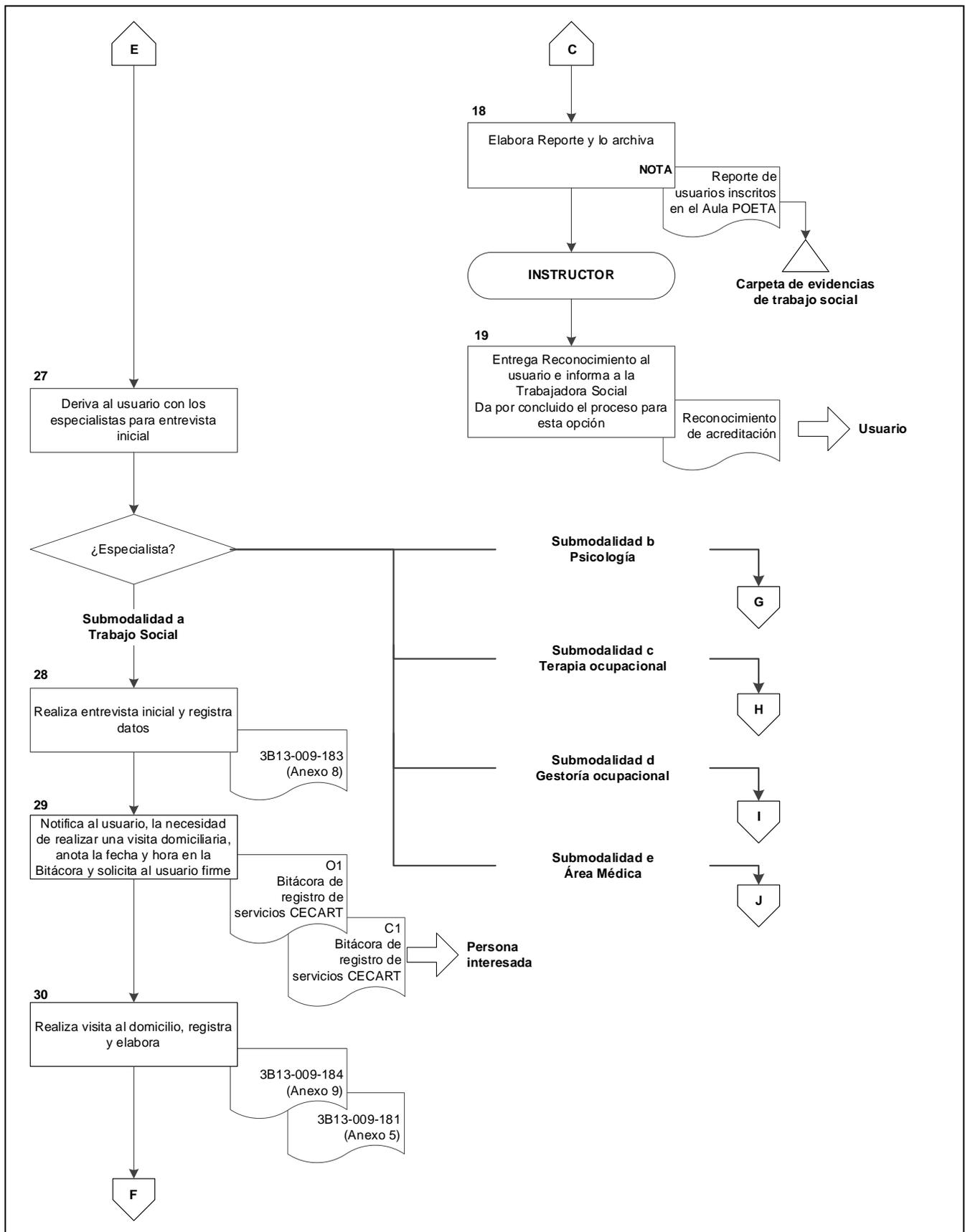


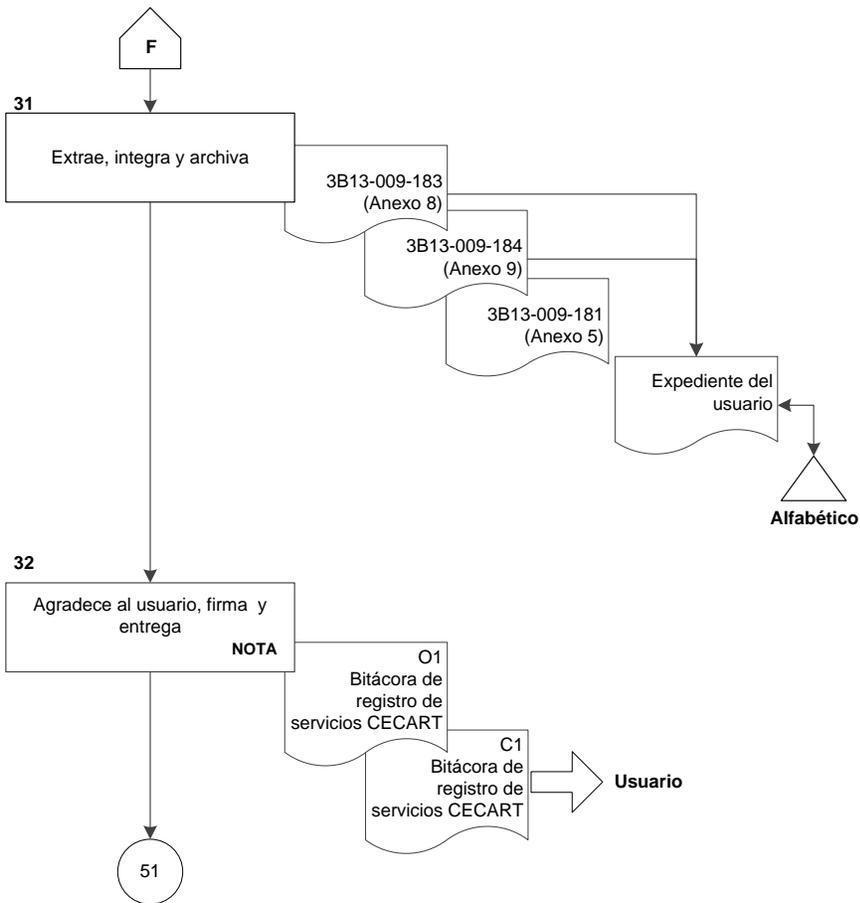
7 Diagrama de flujo

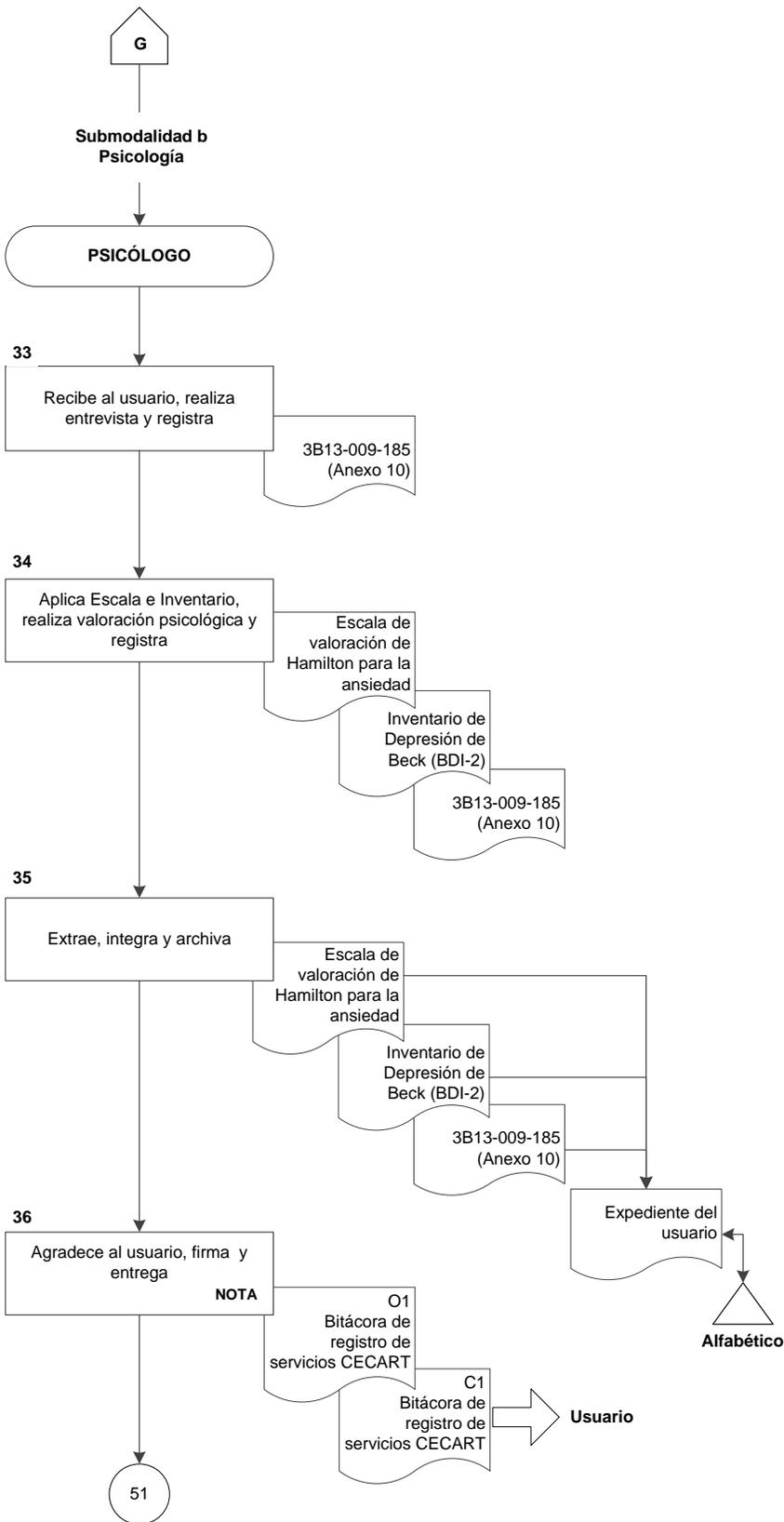


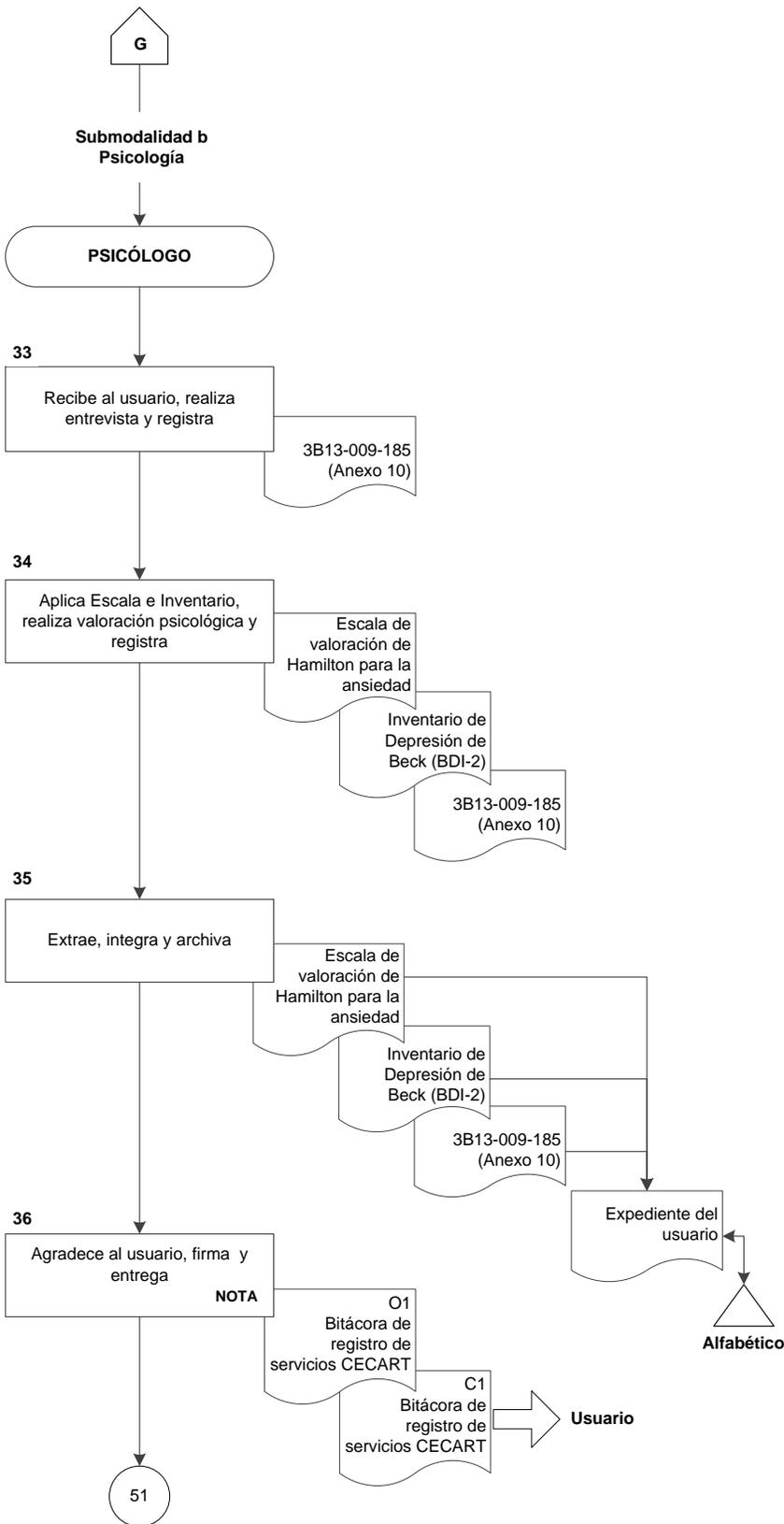


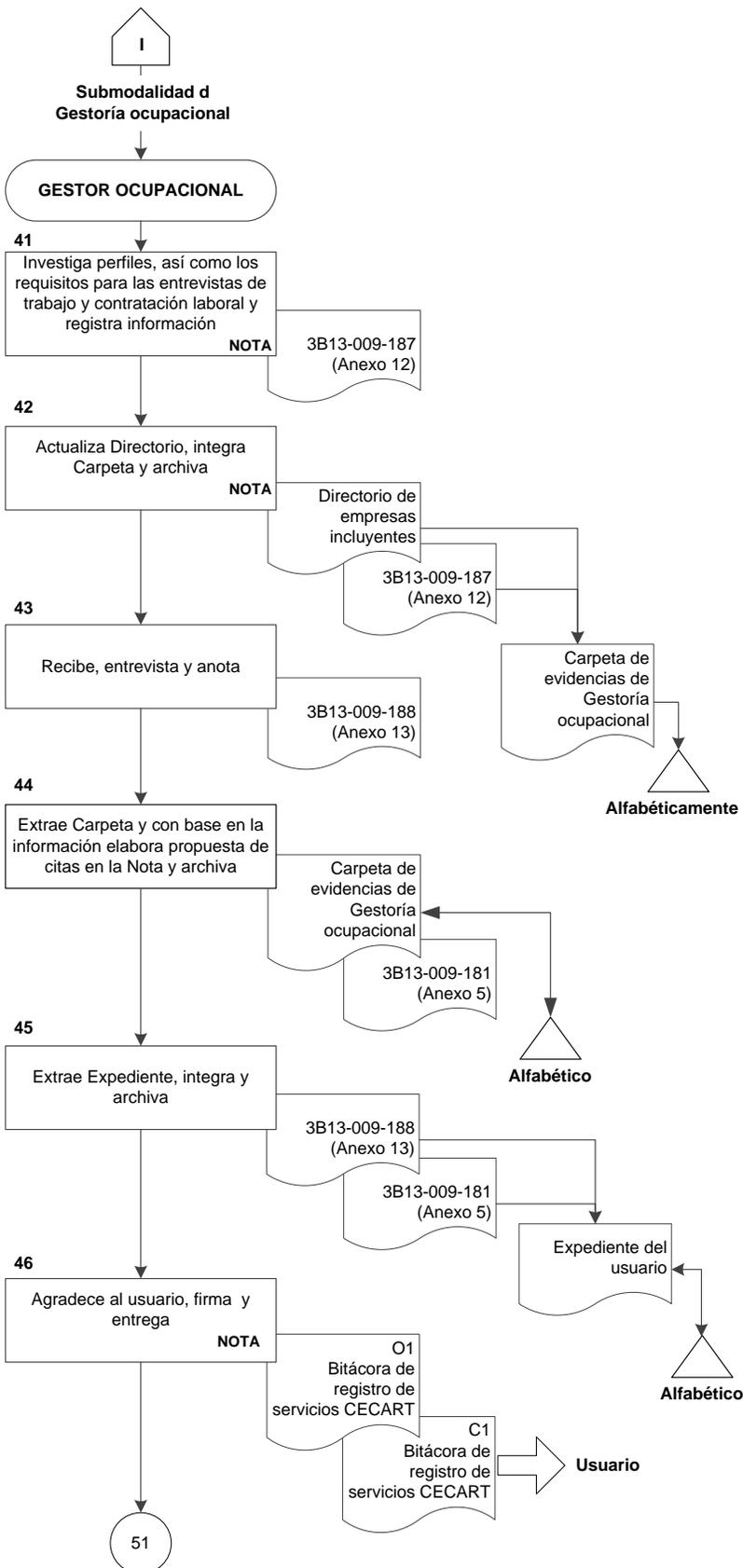


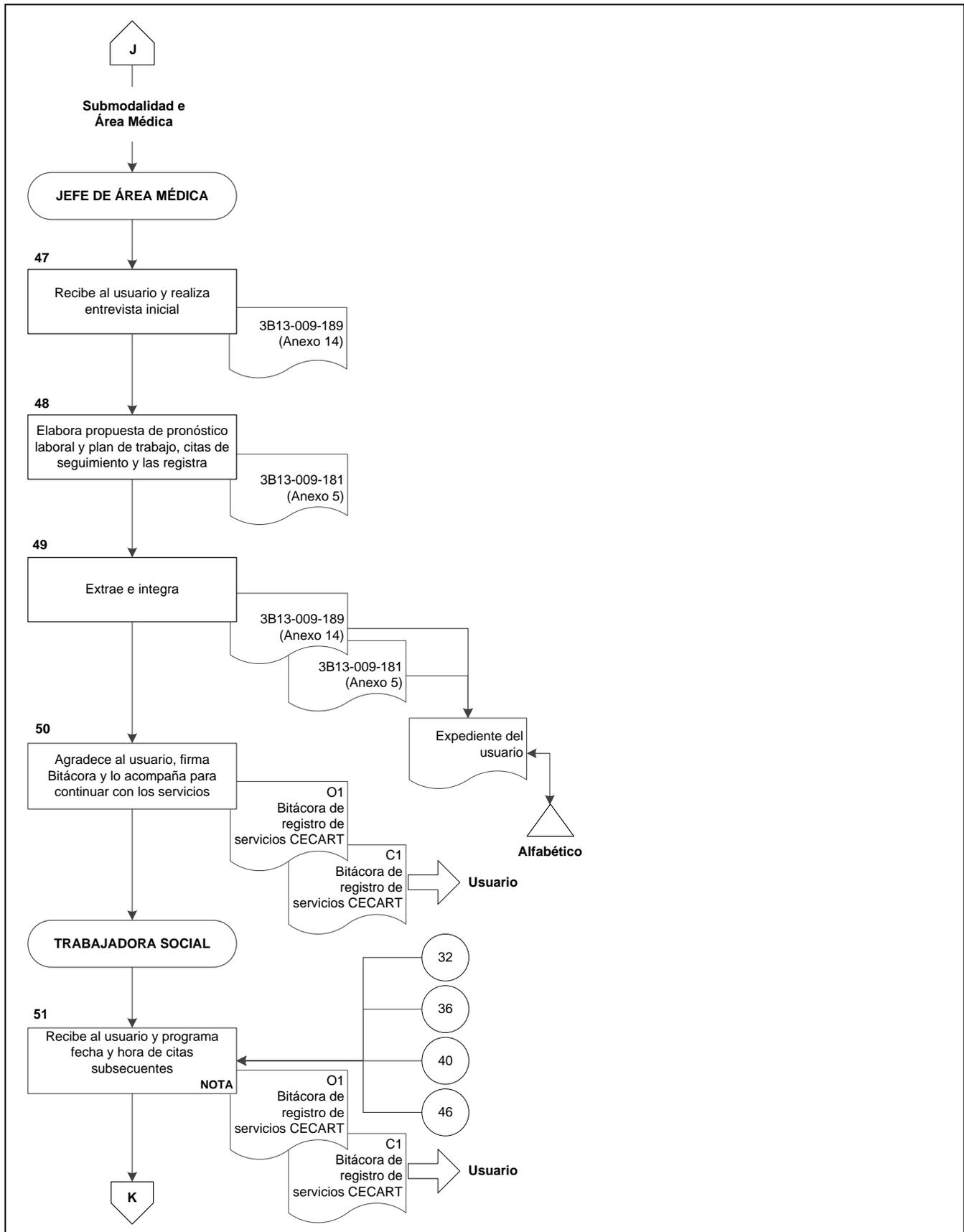


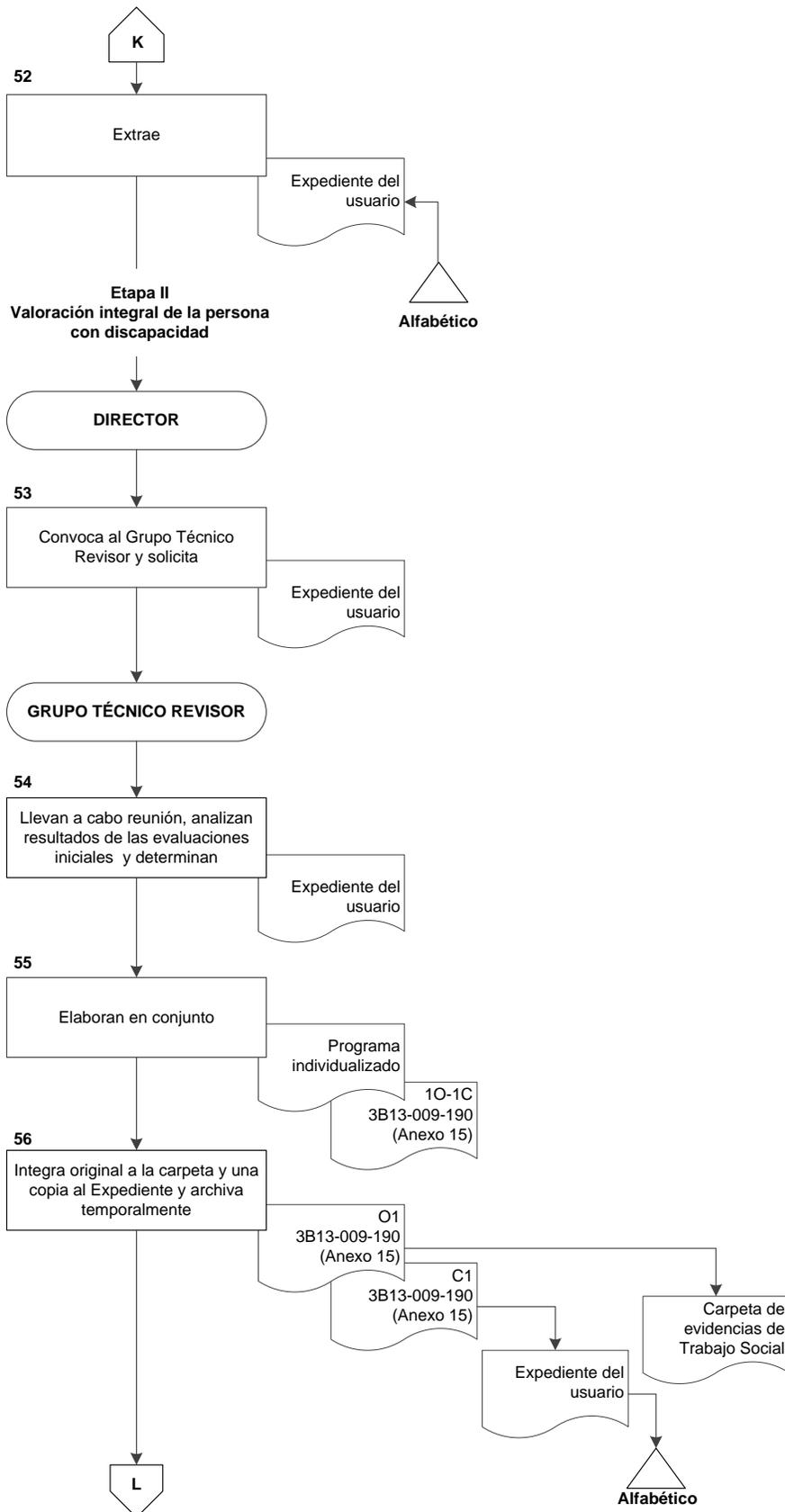


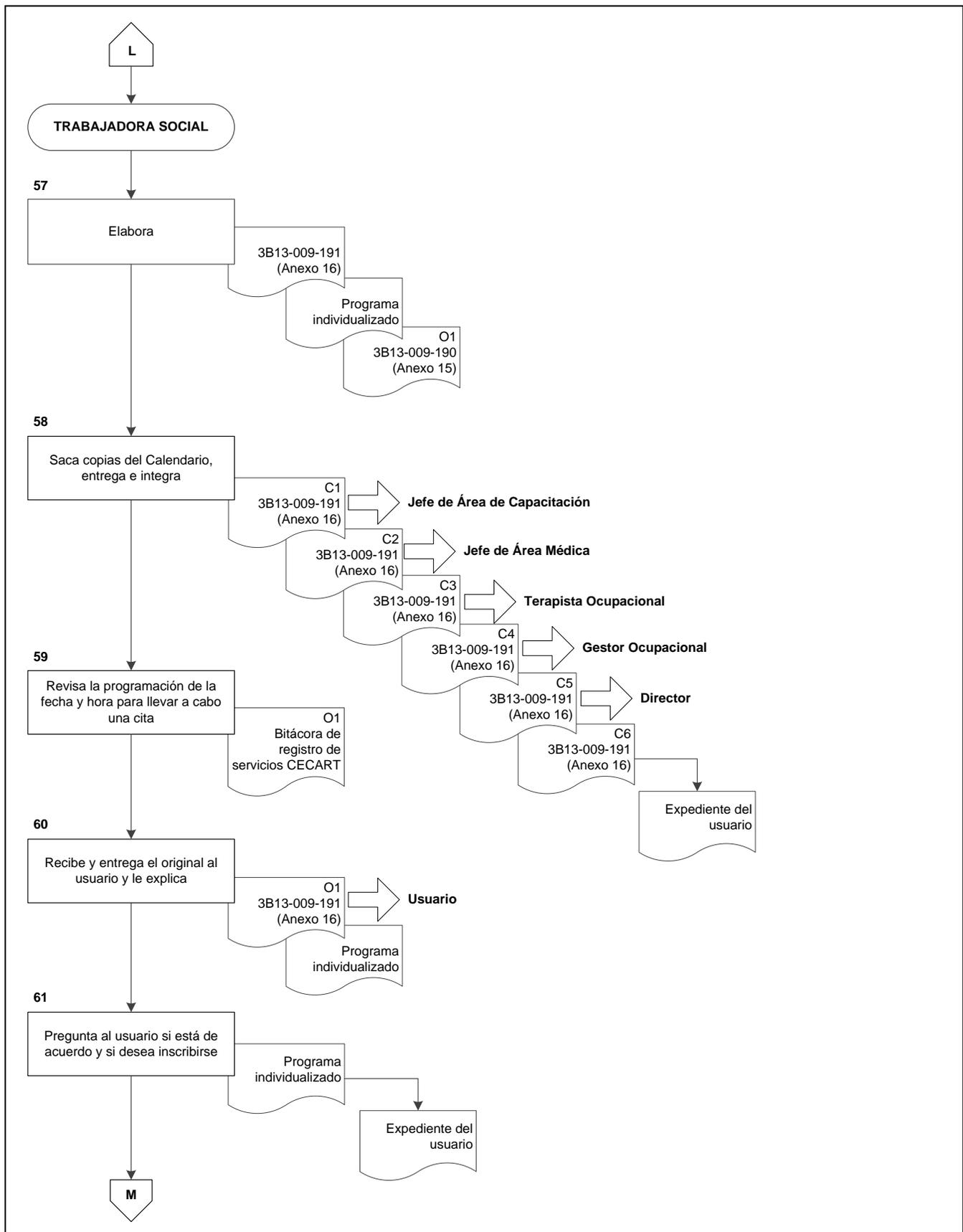


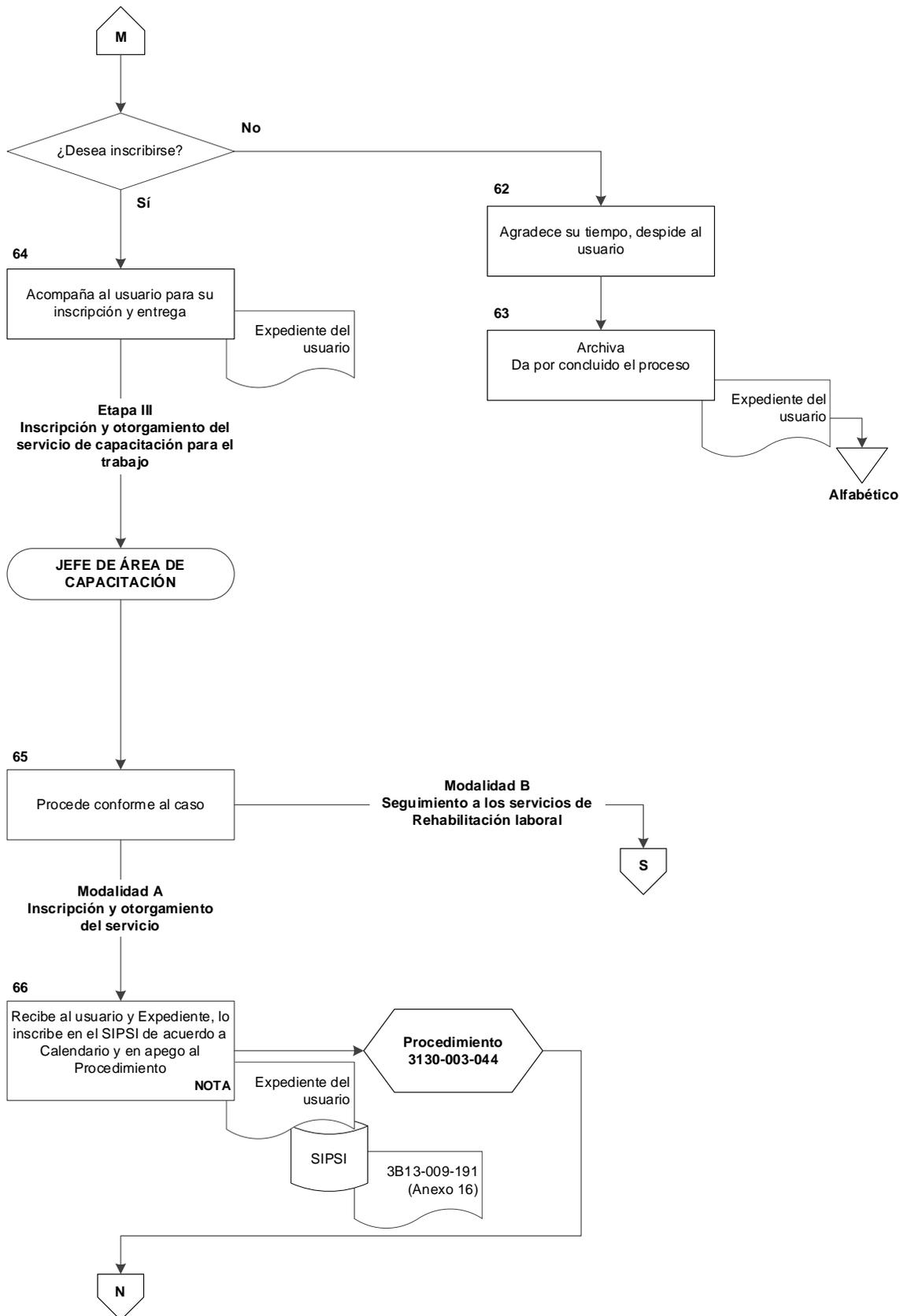


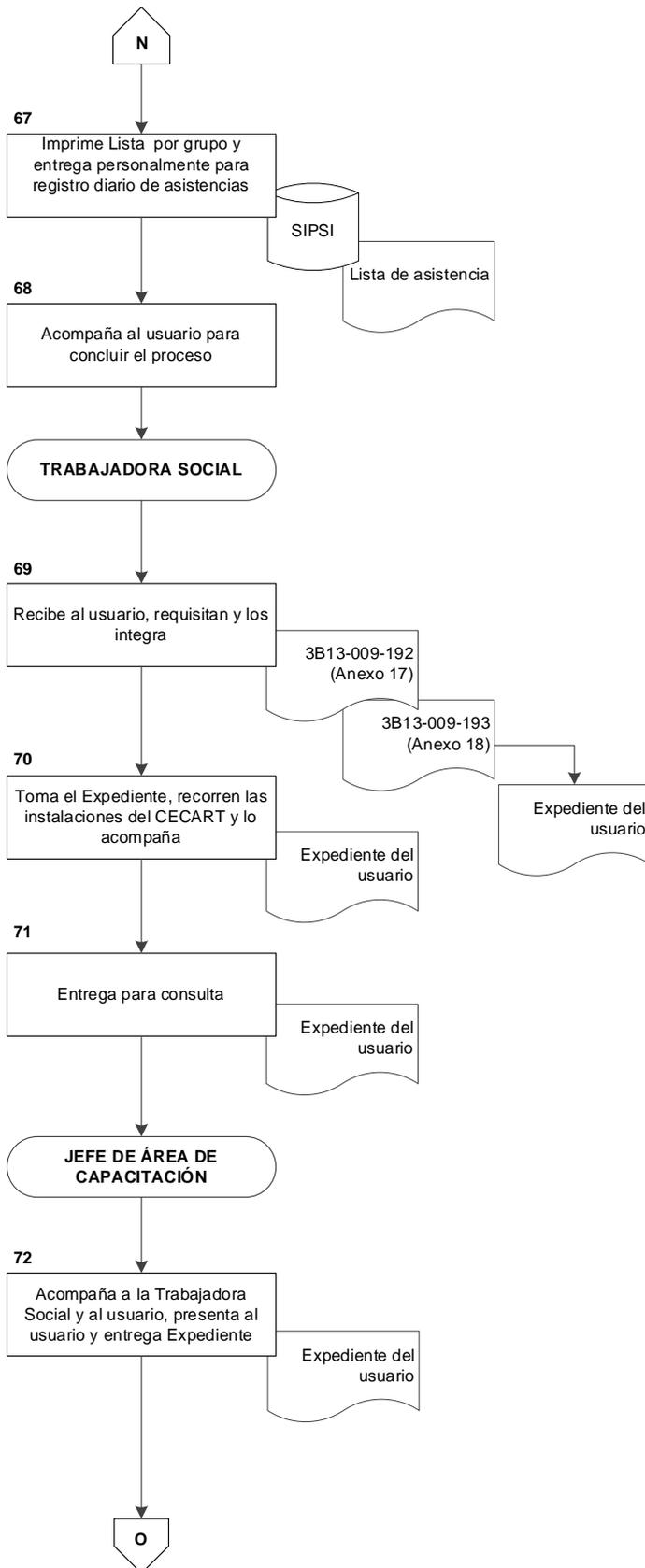


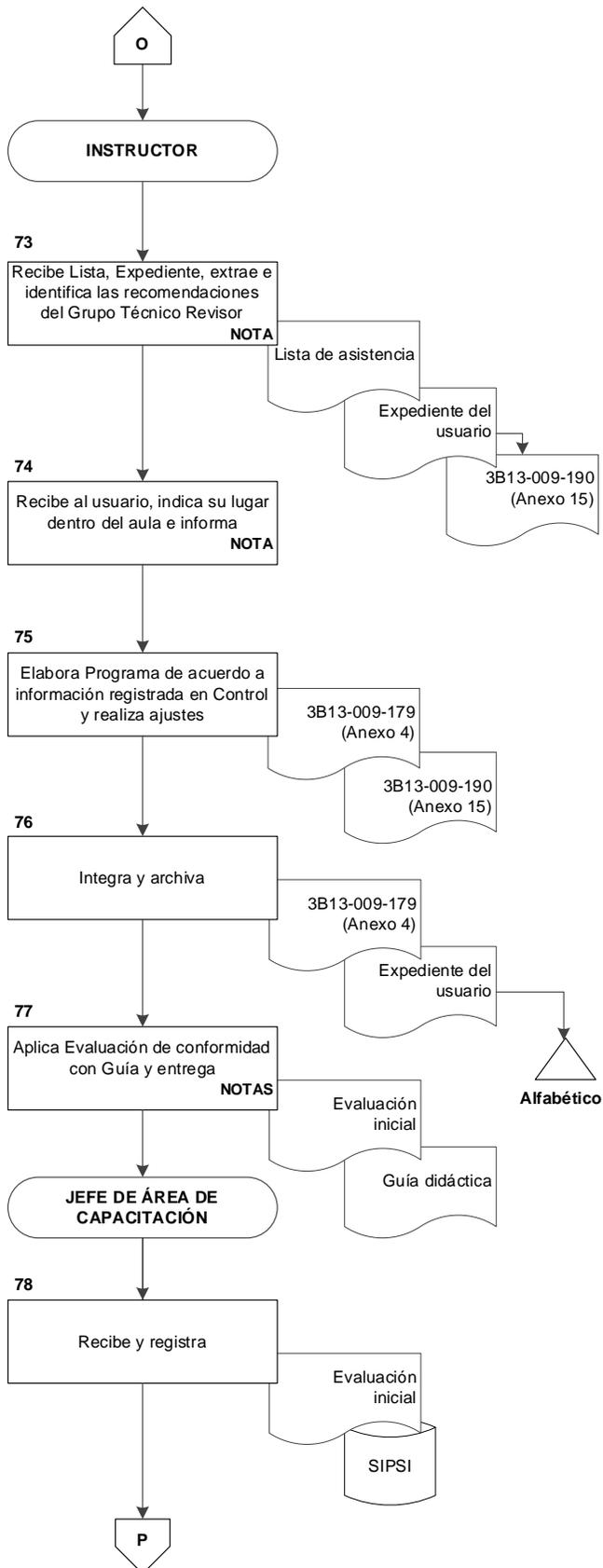


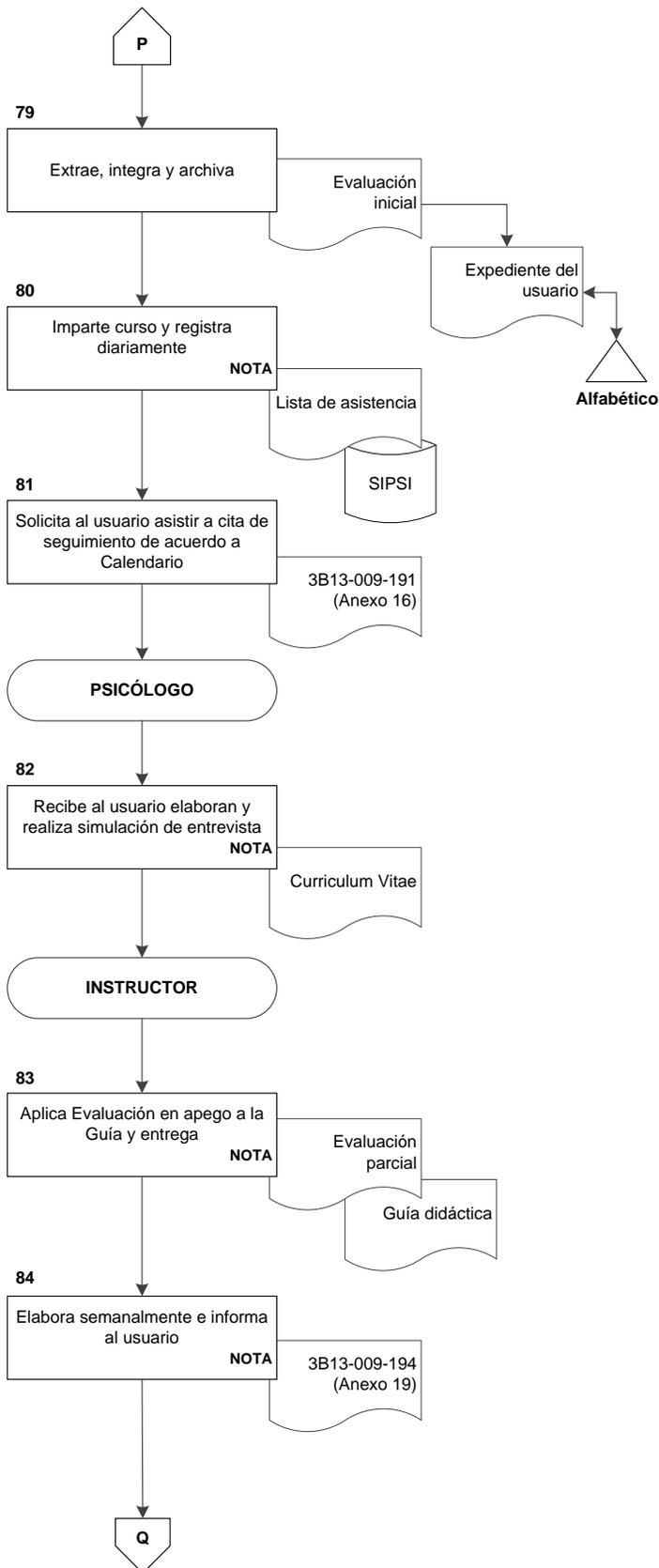


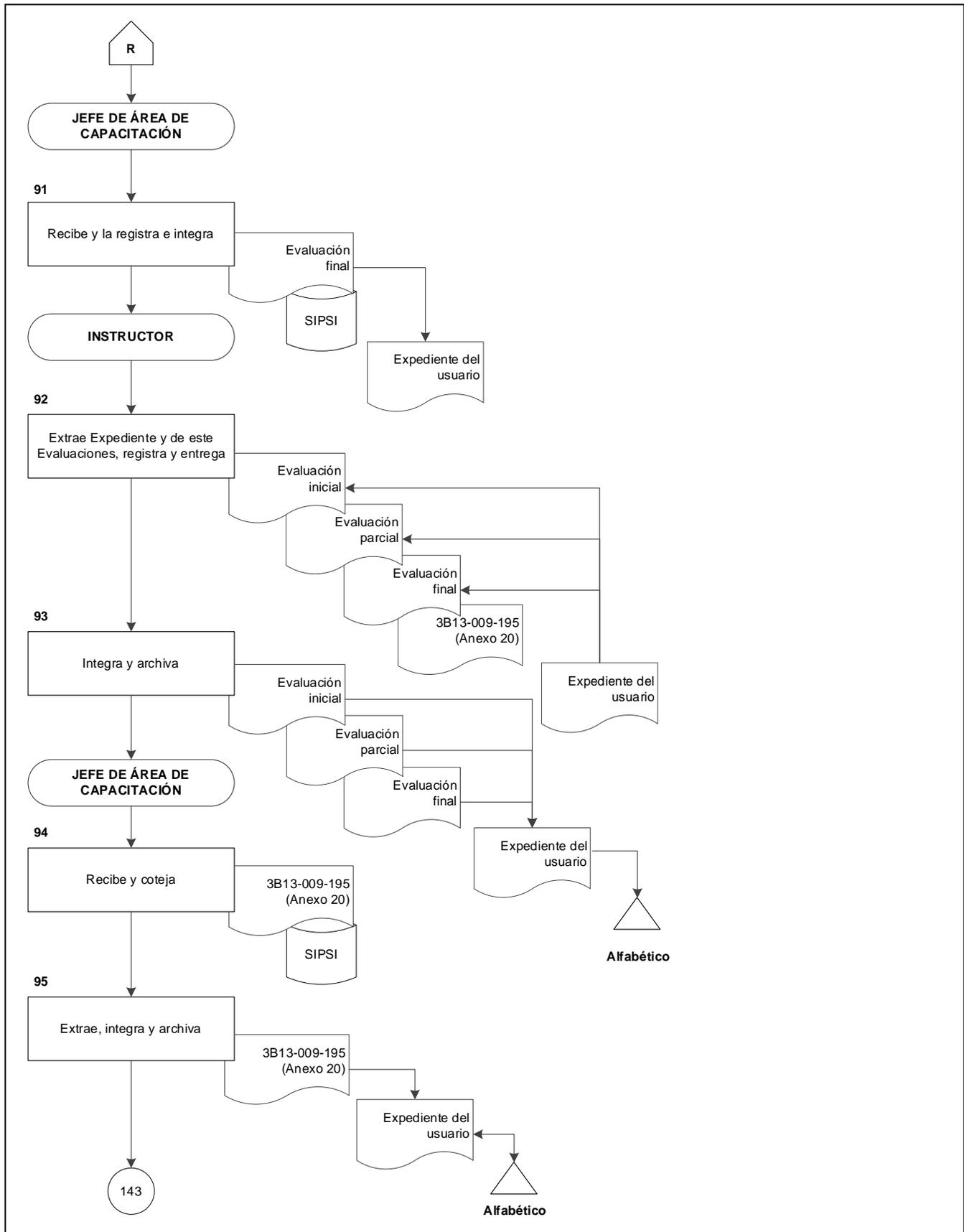


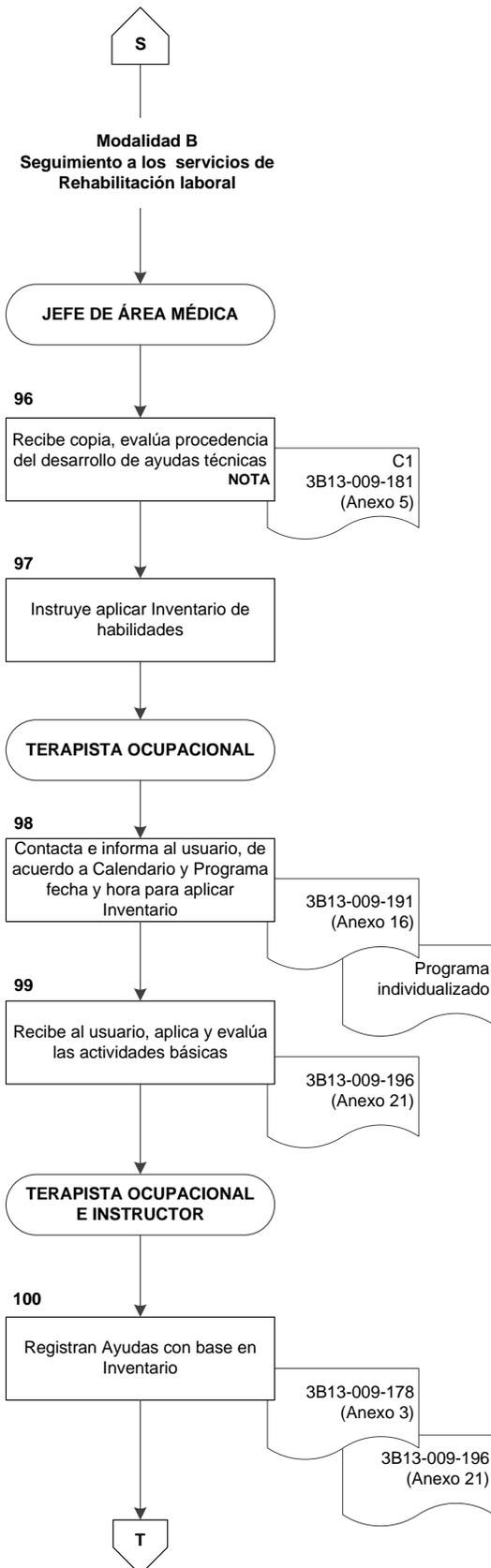


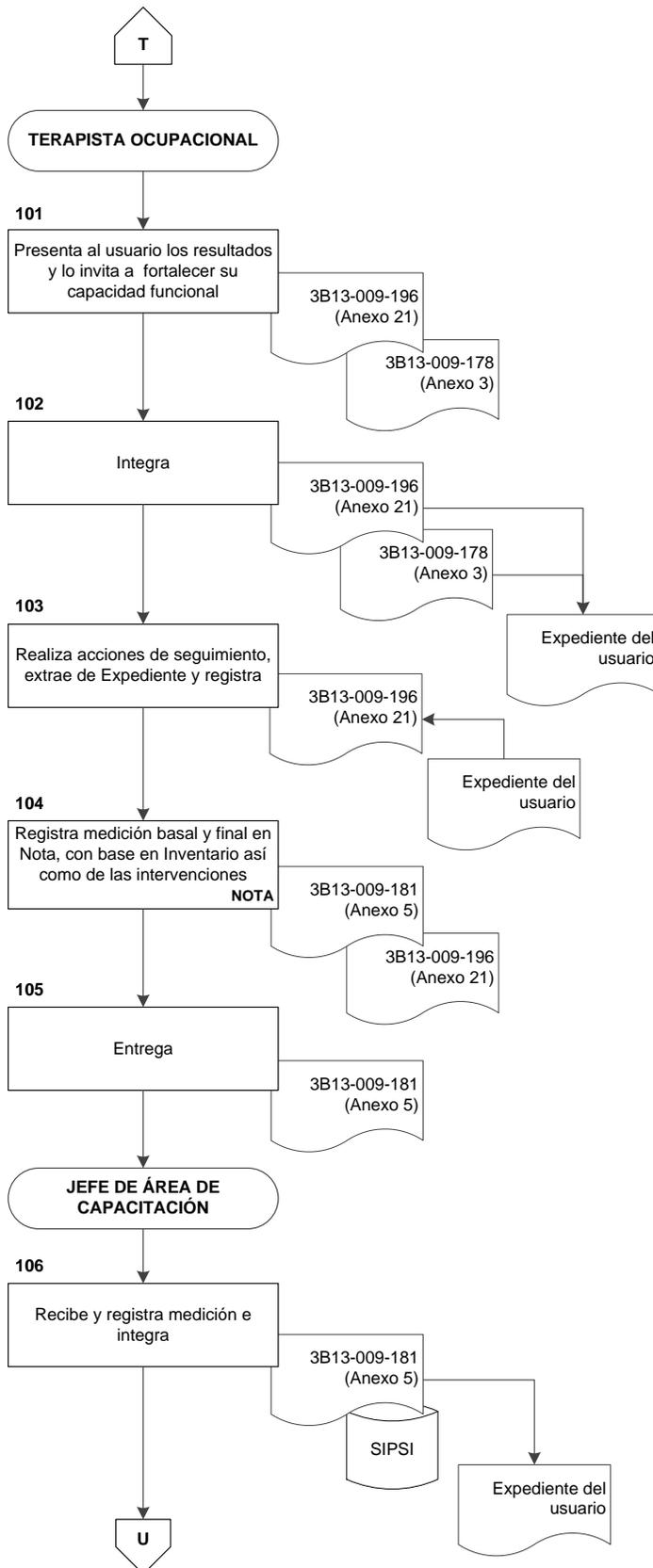


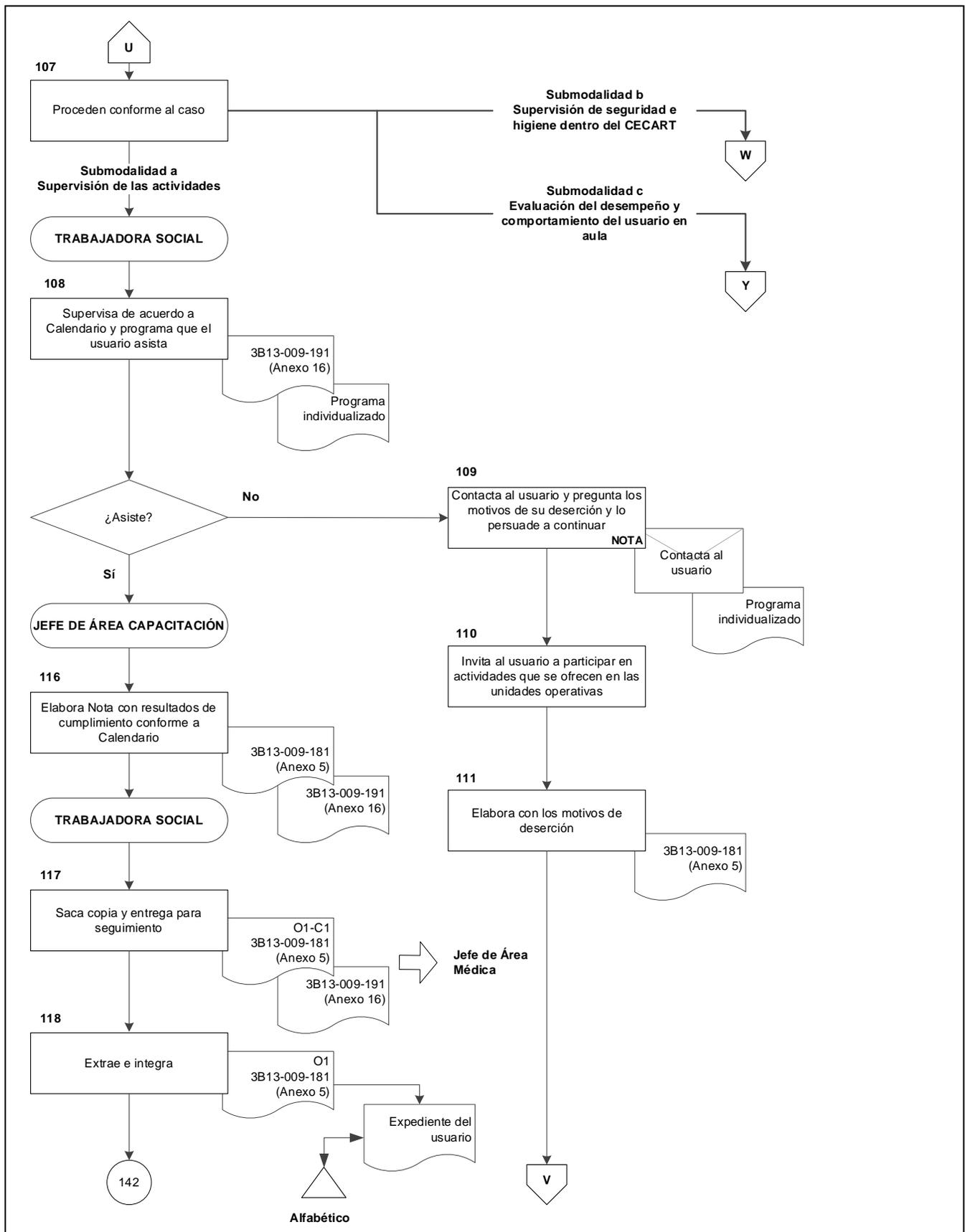


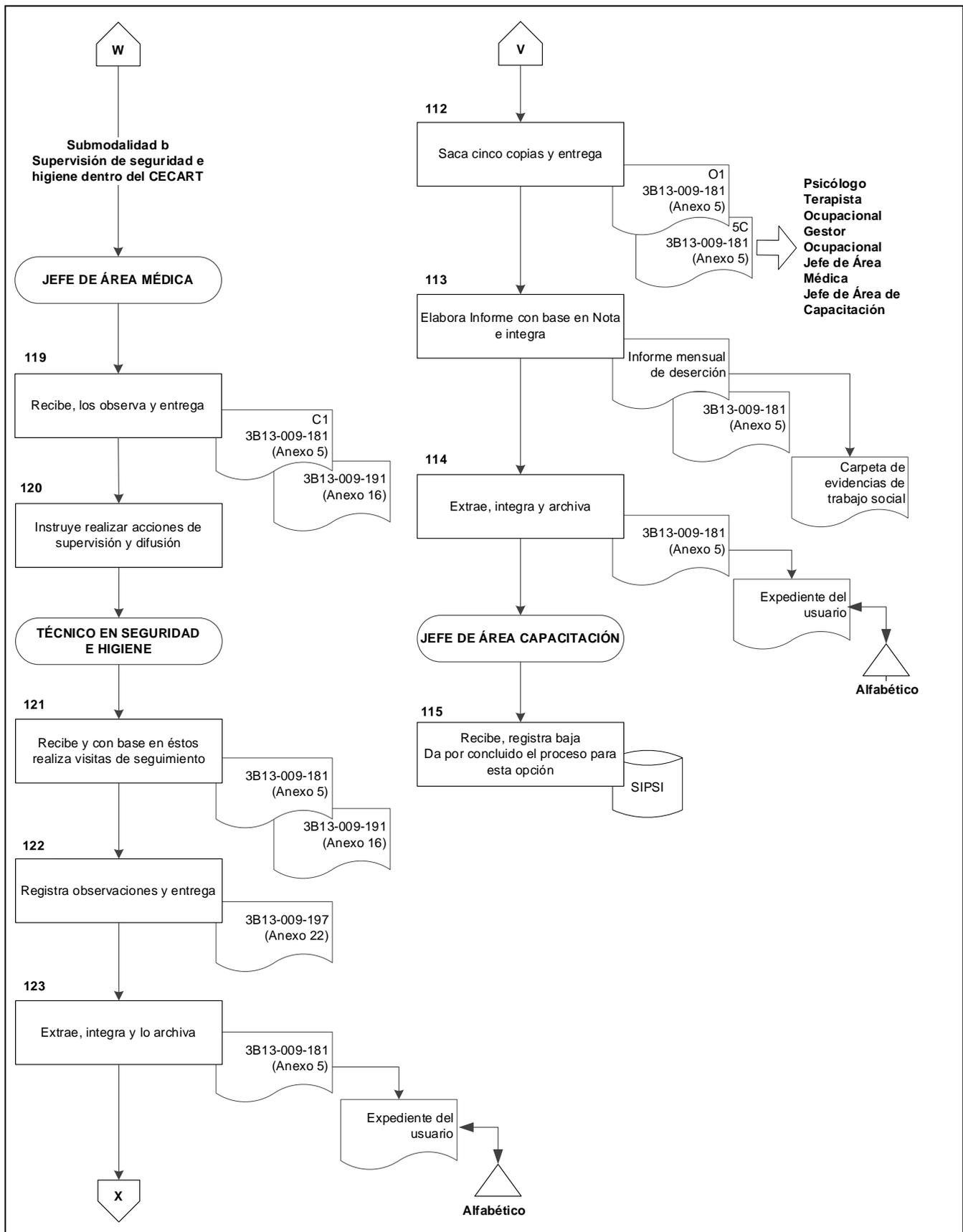


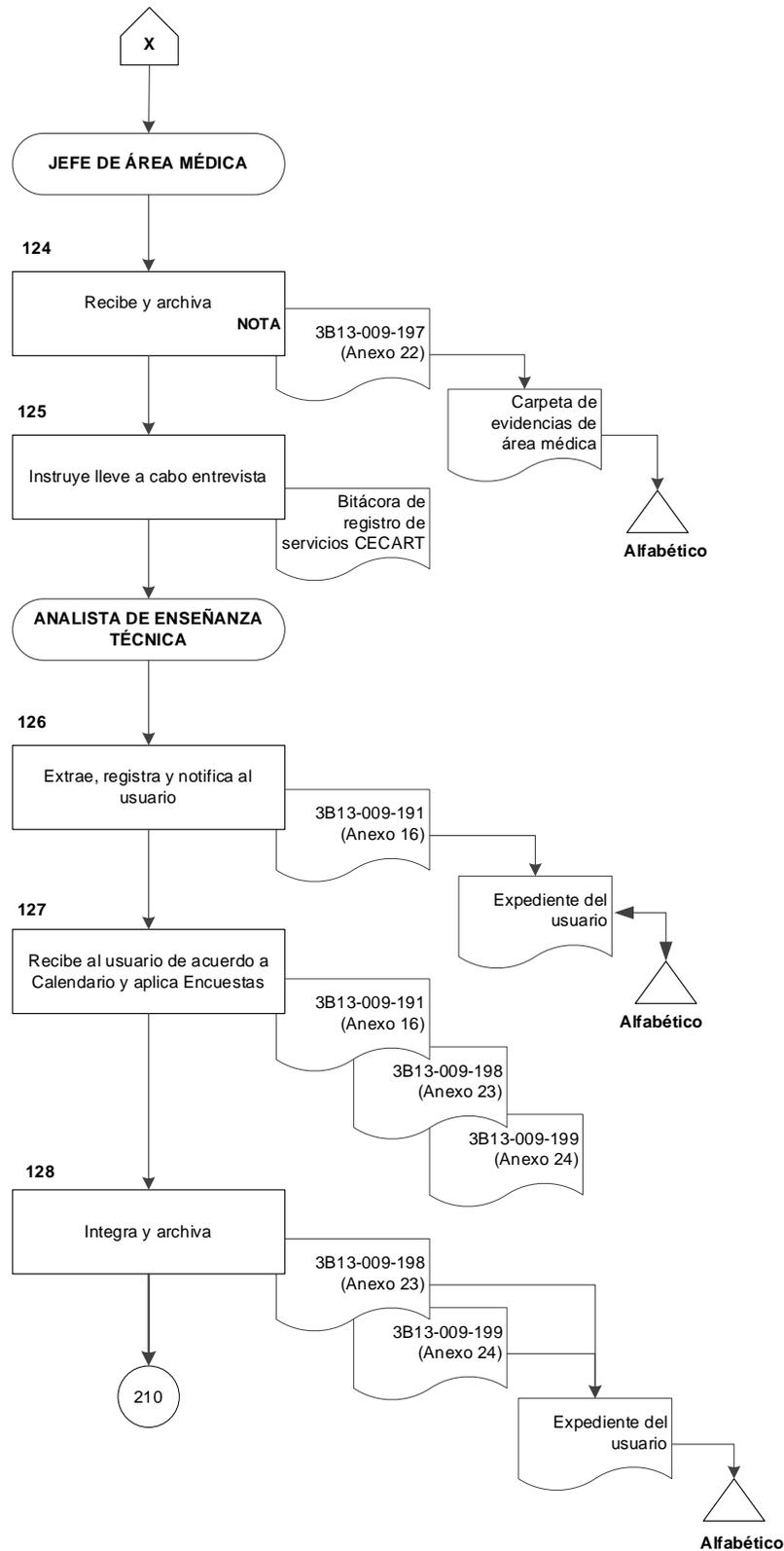


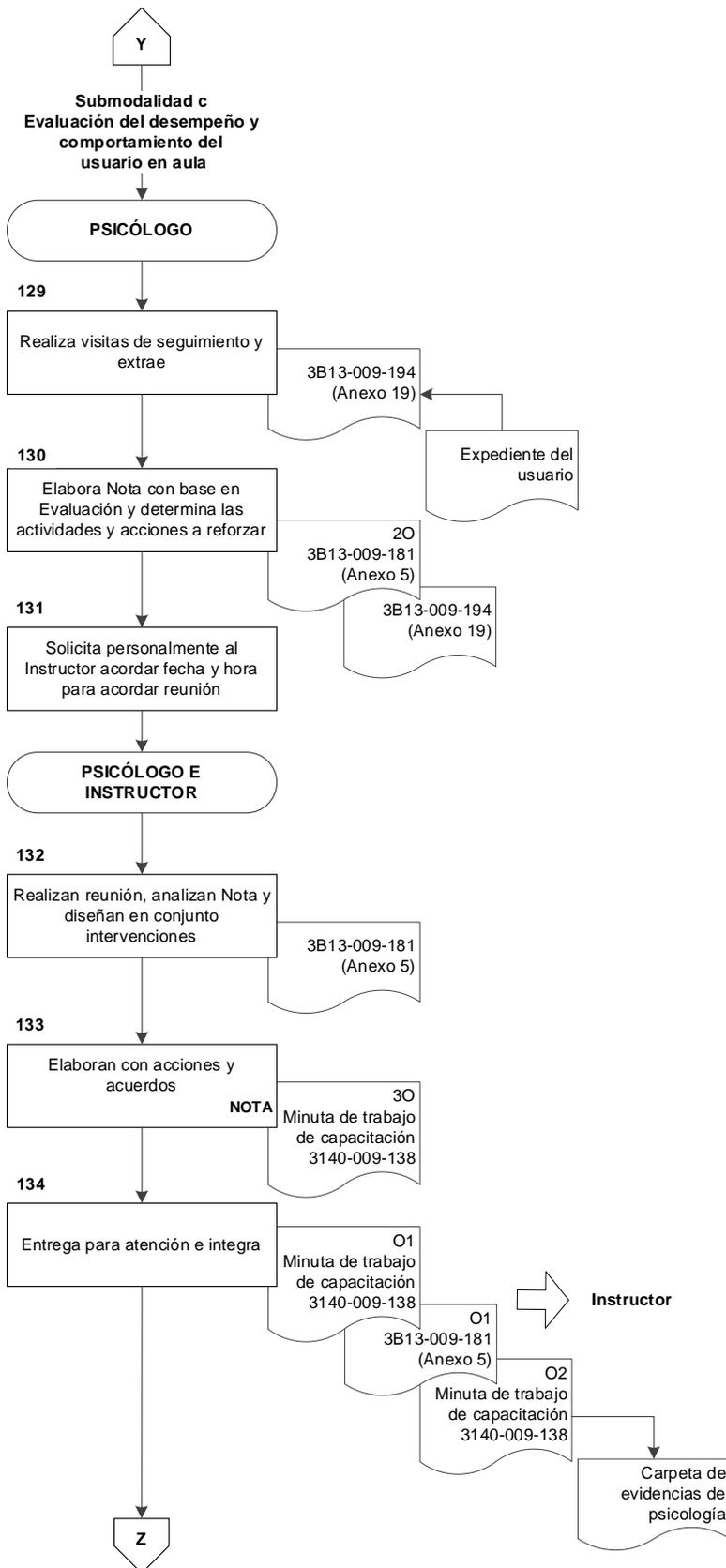


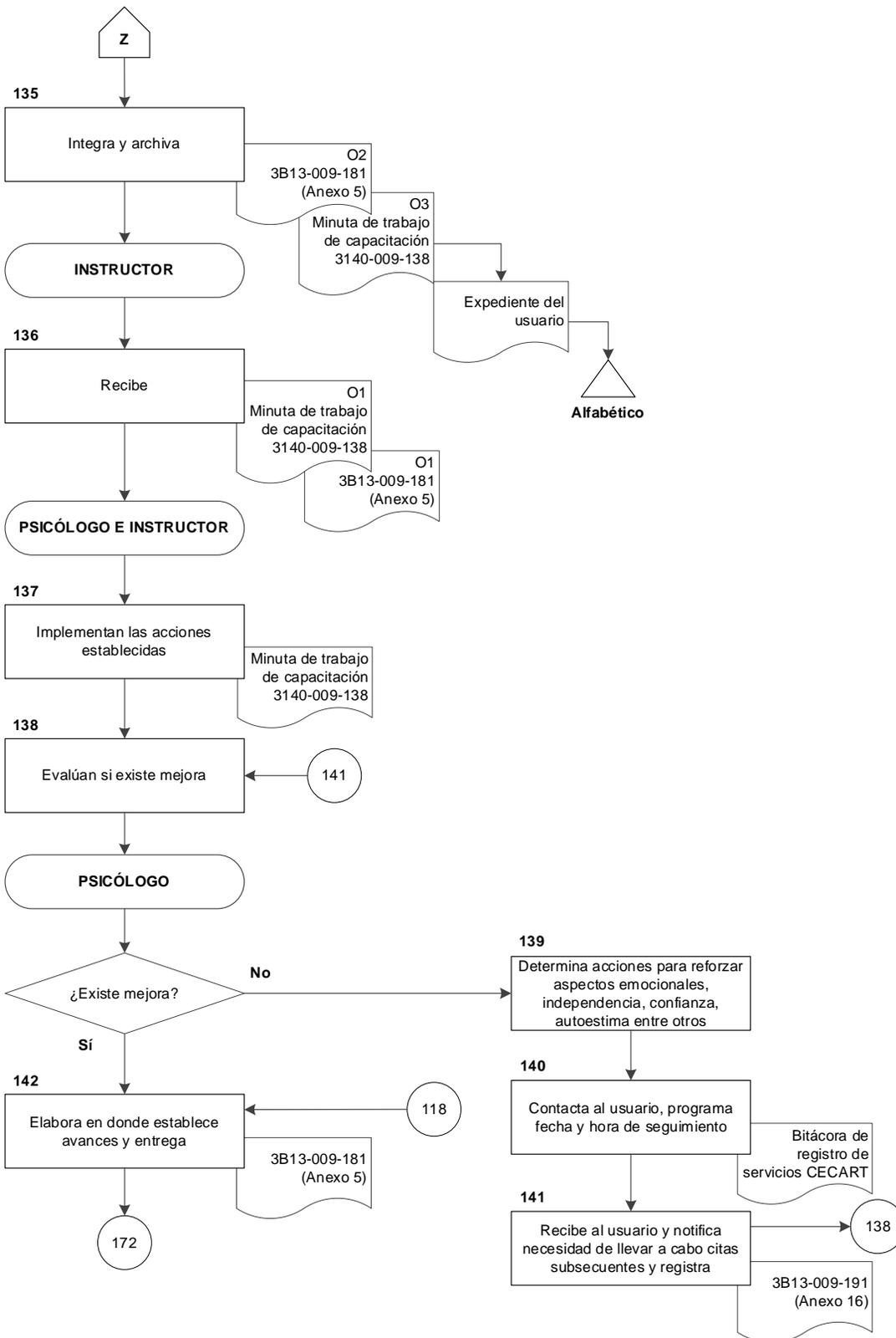


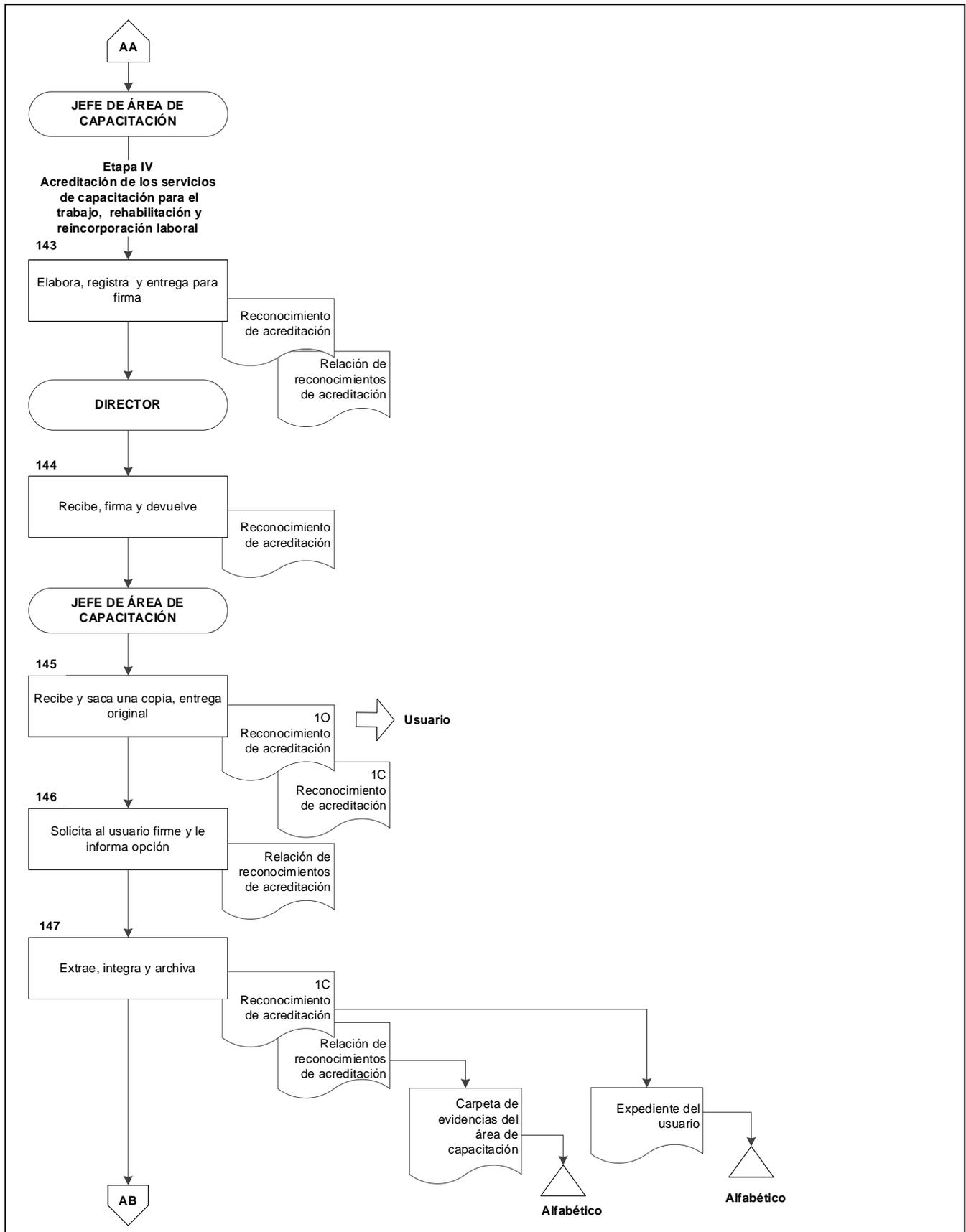


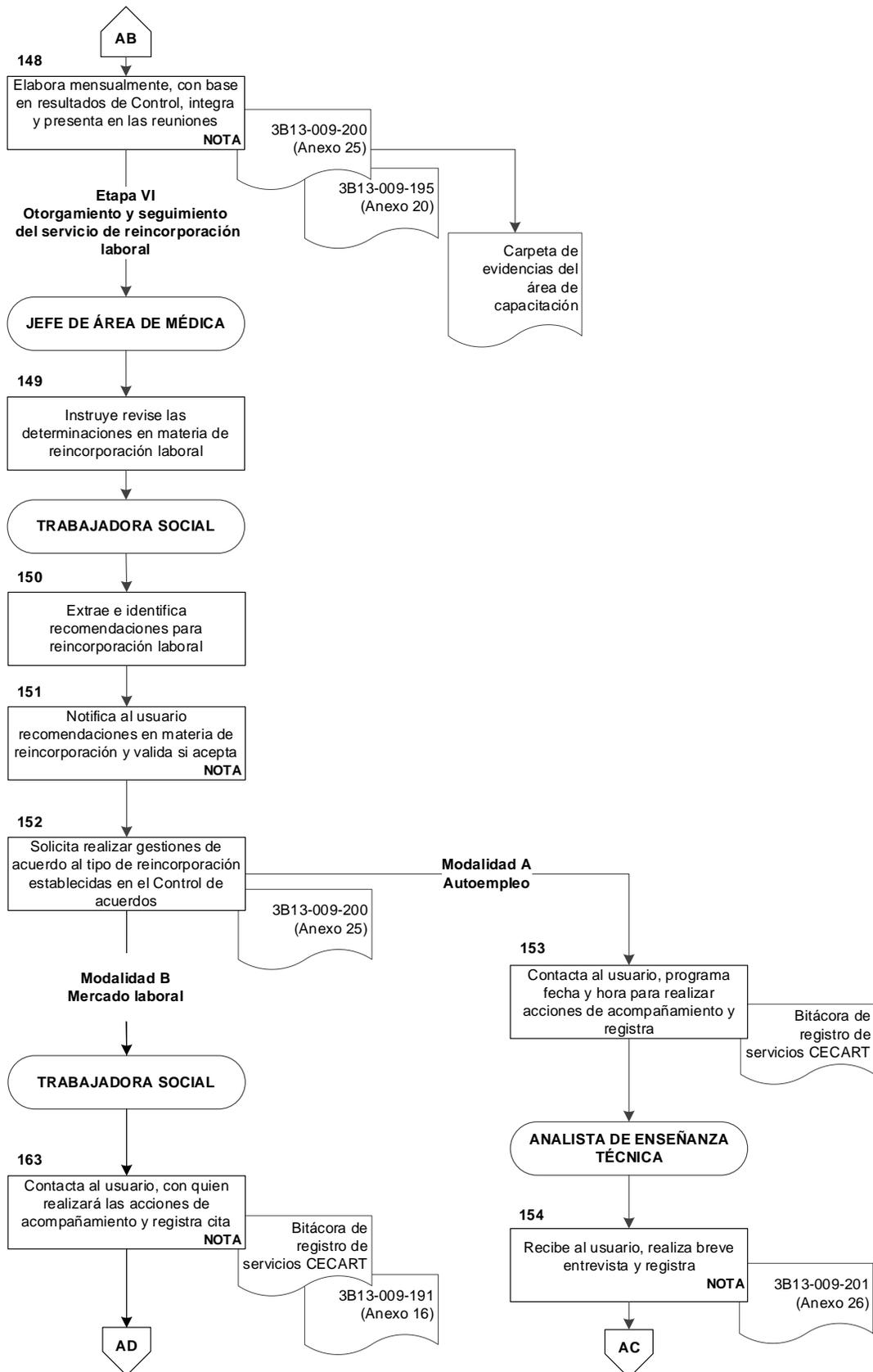


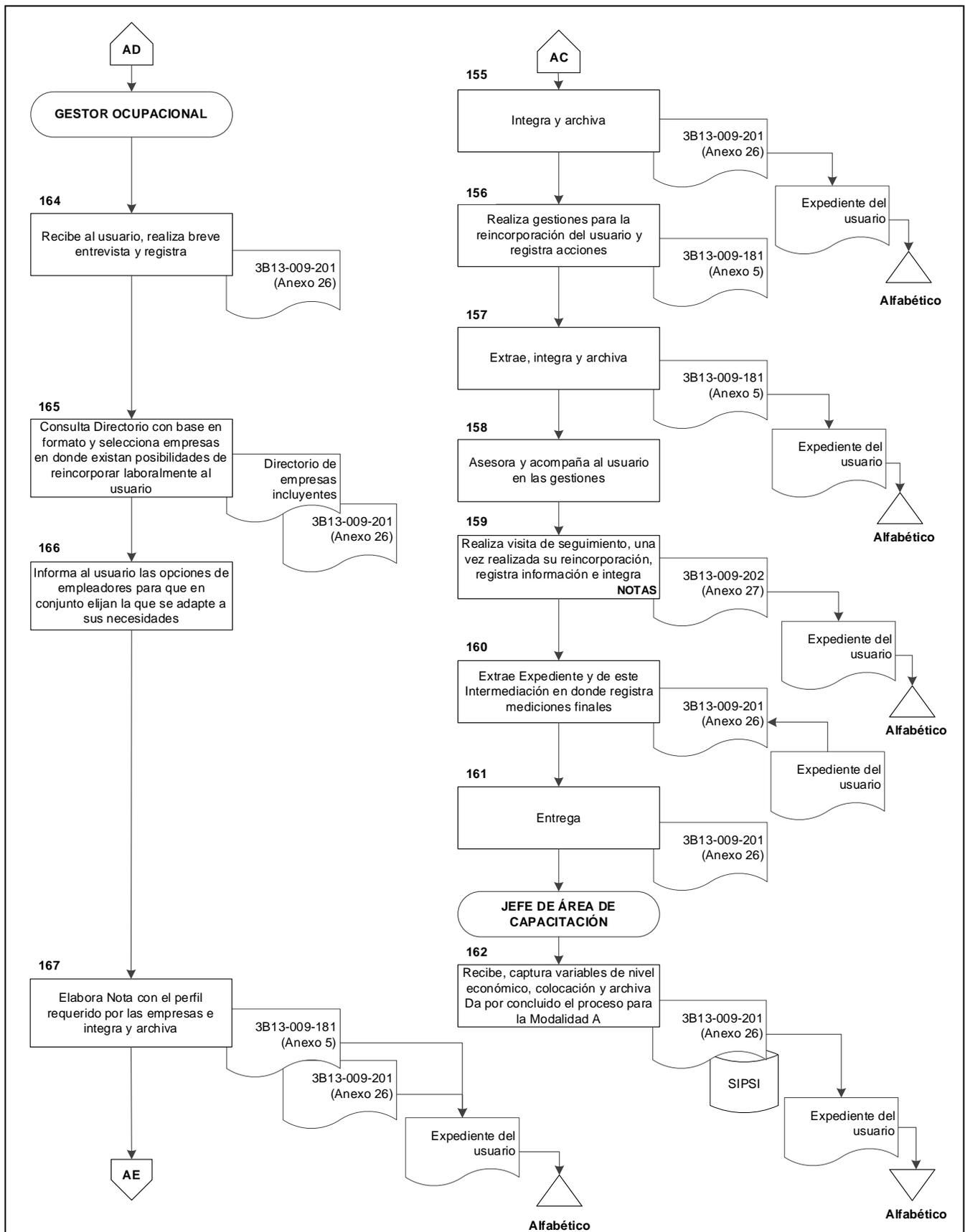


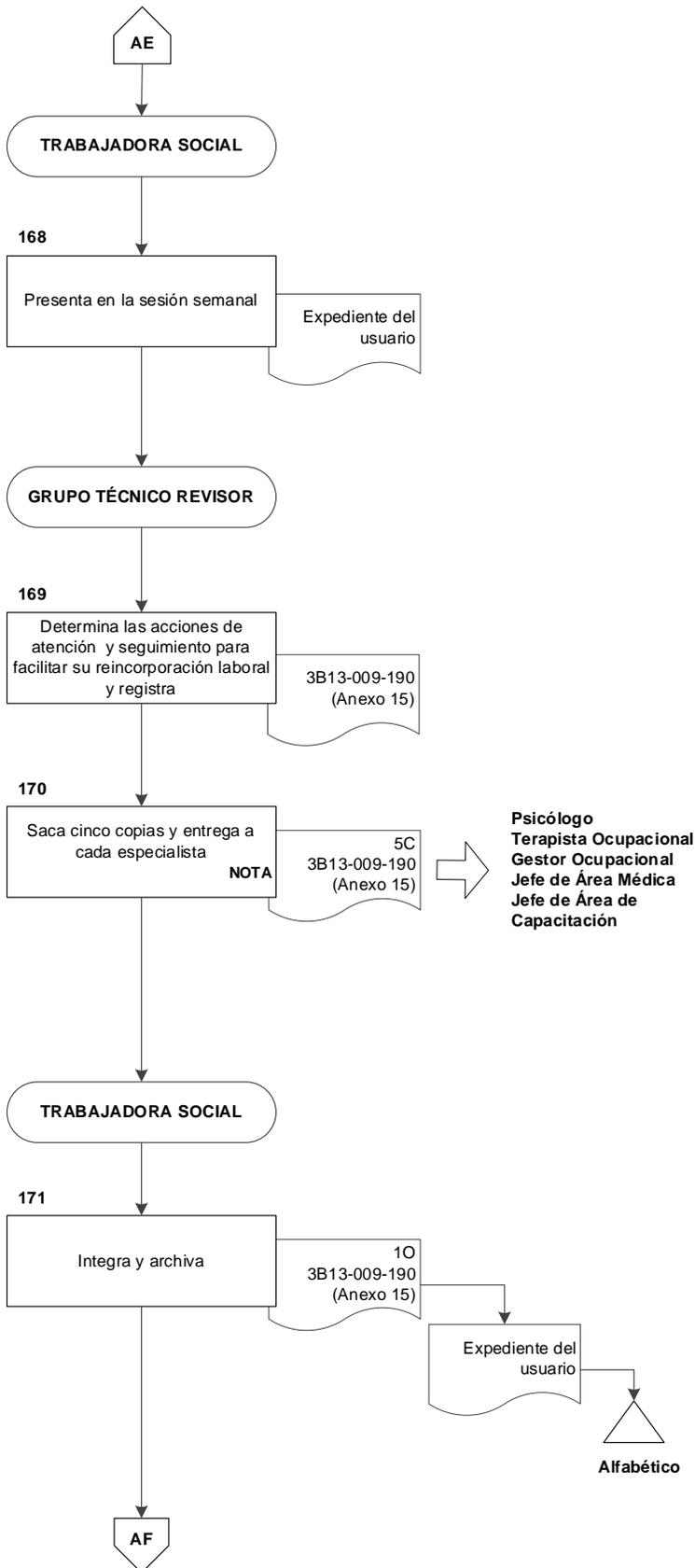


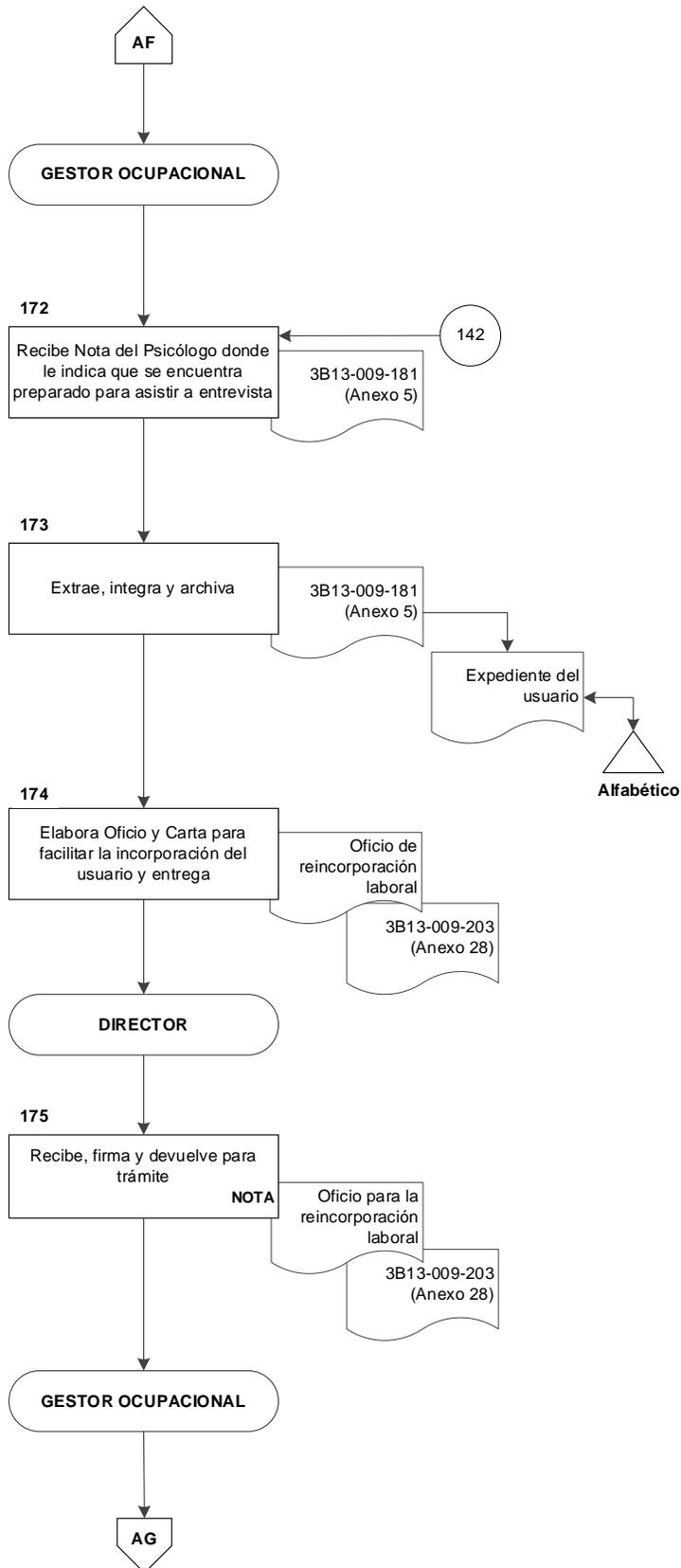


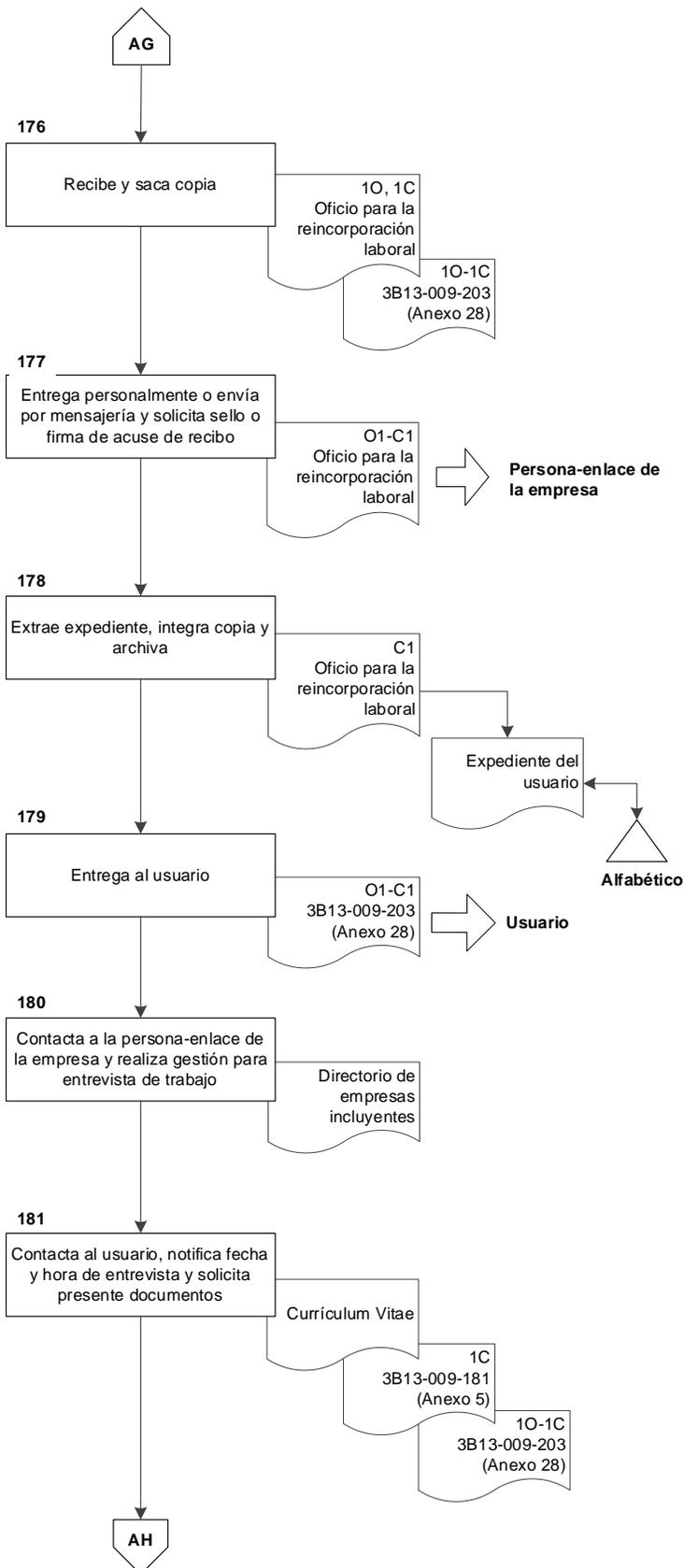


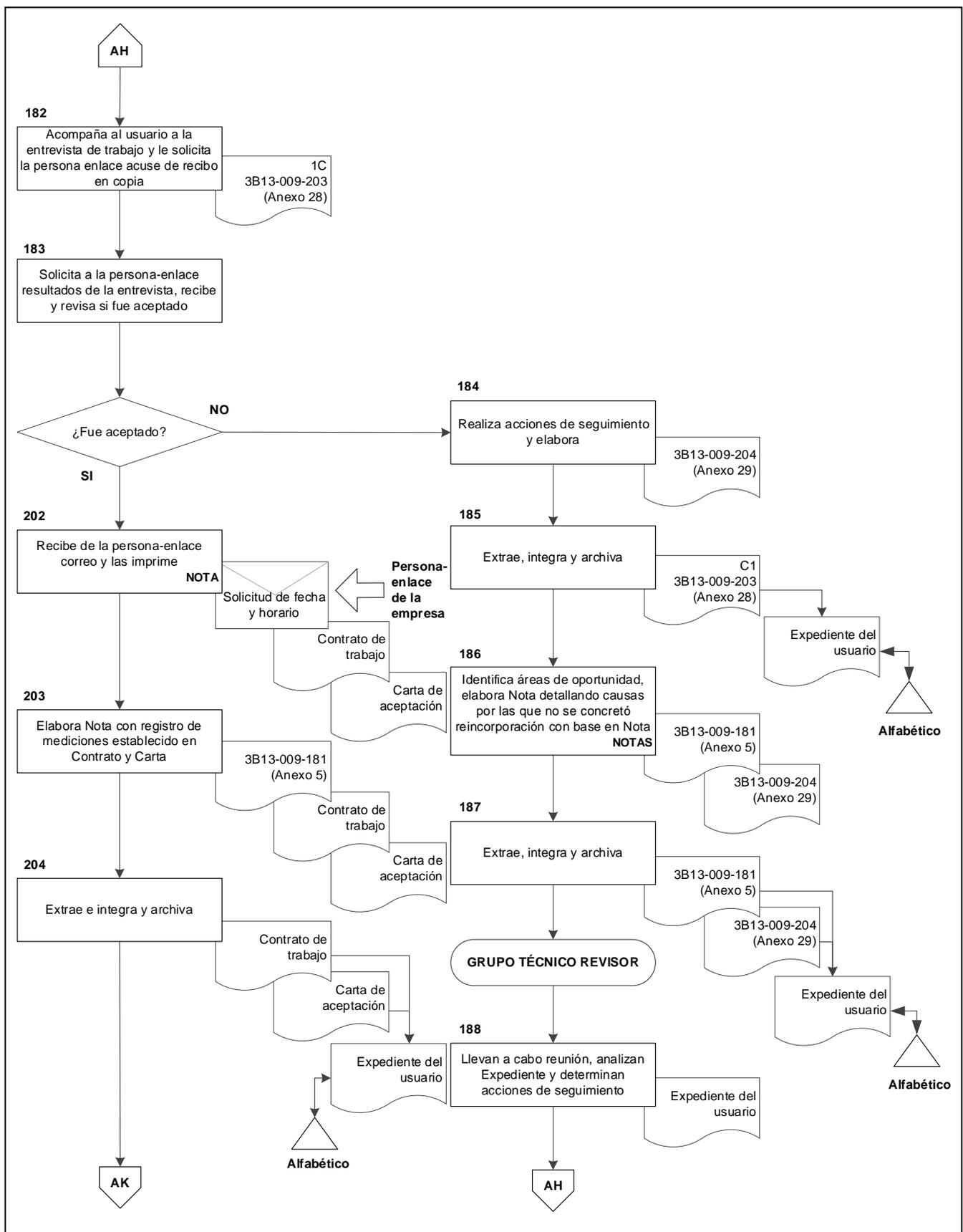


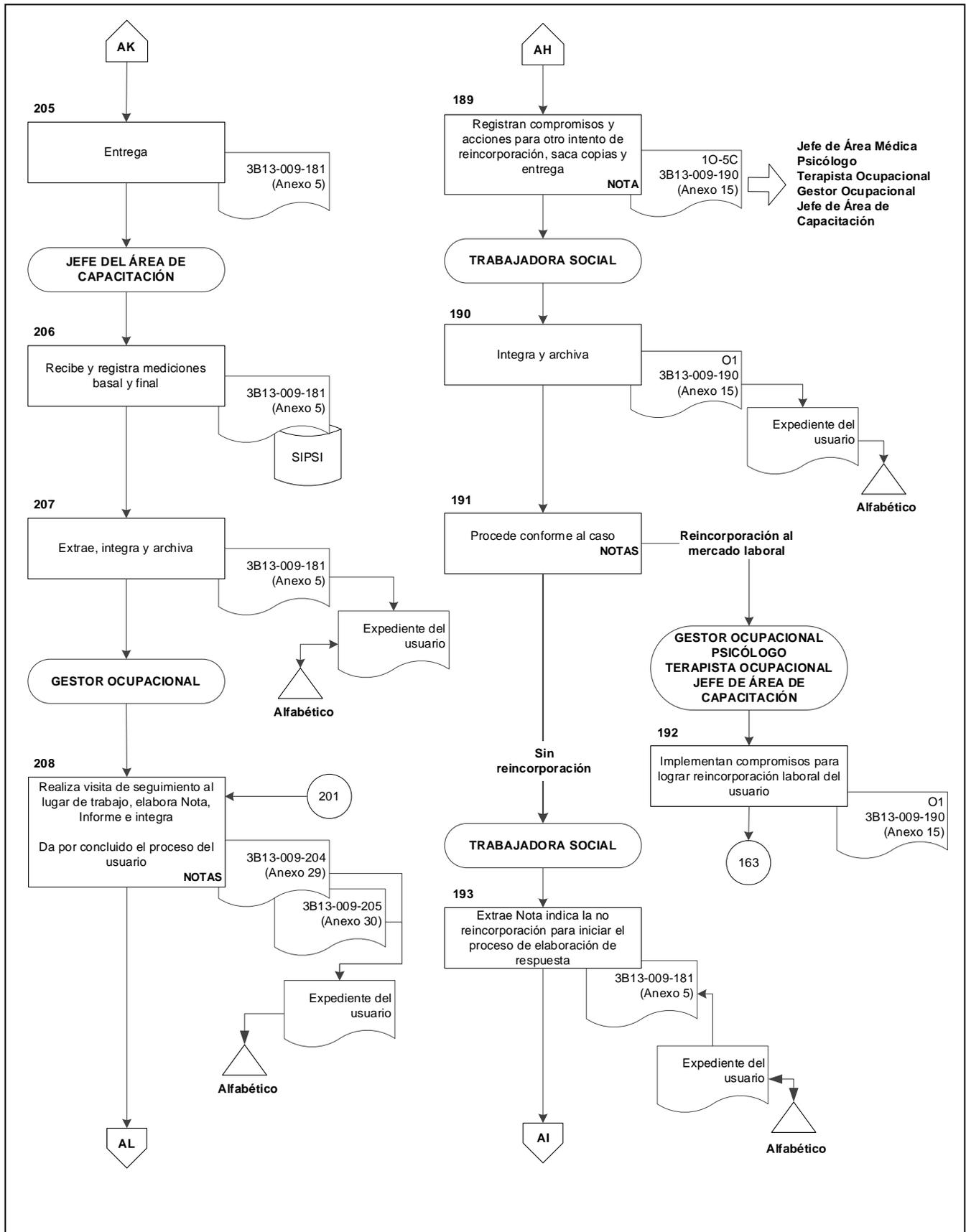


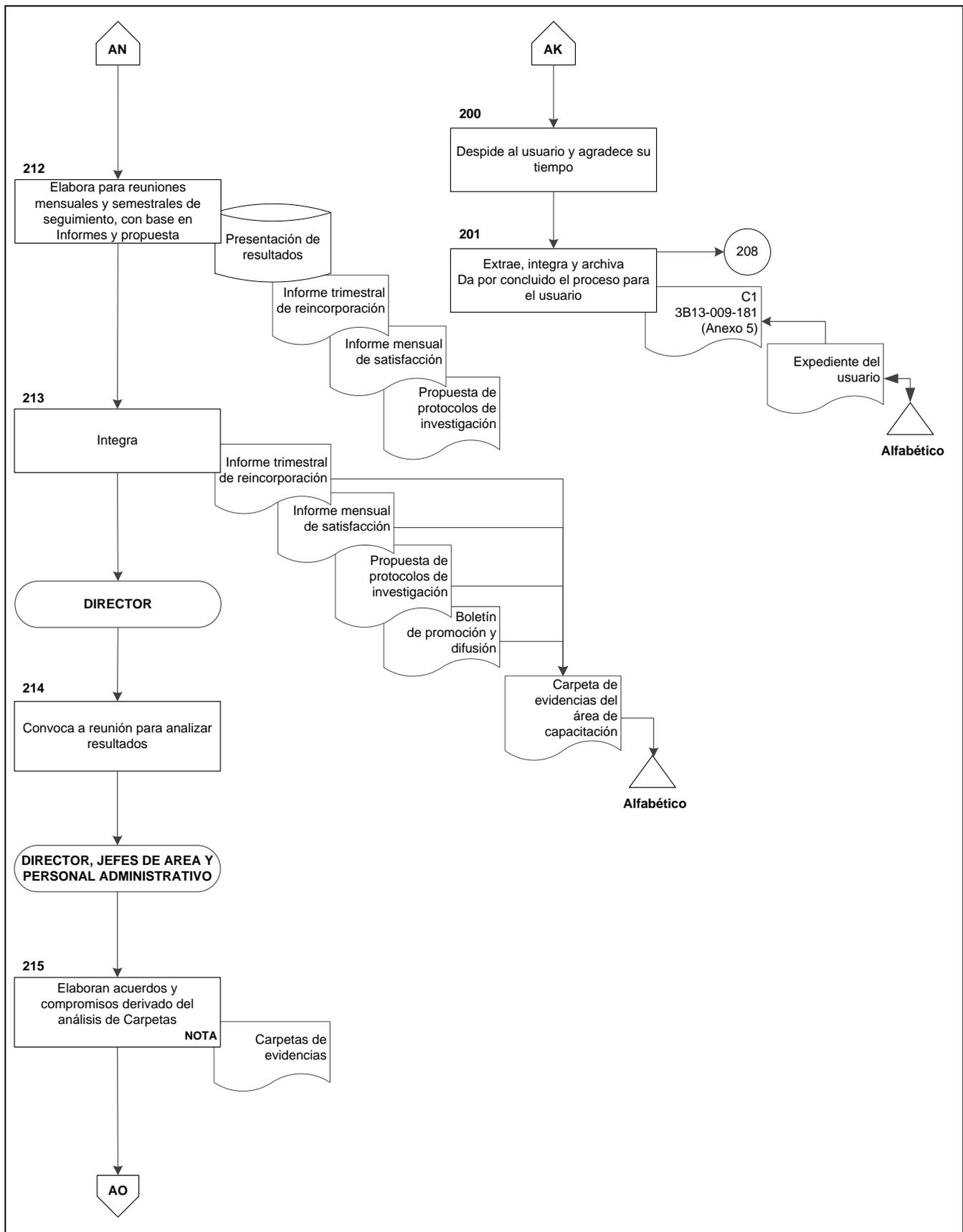


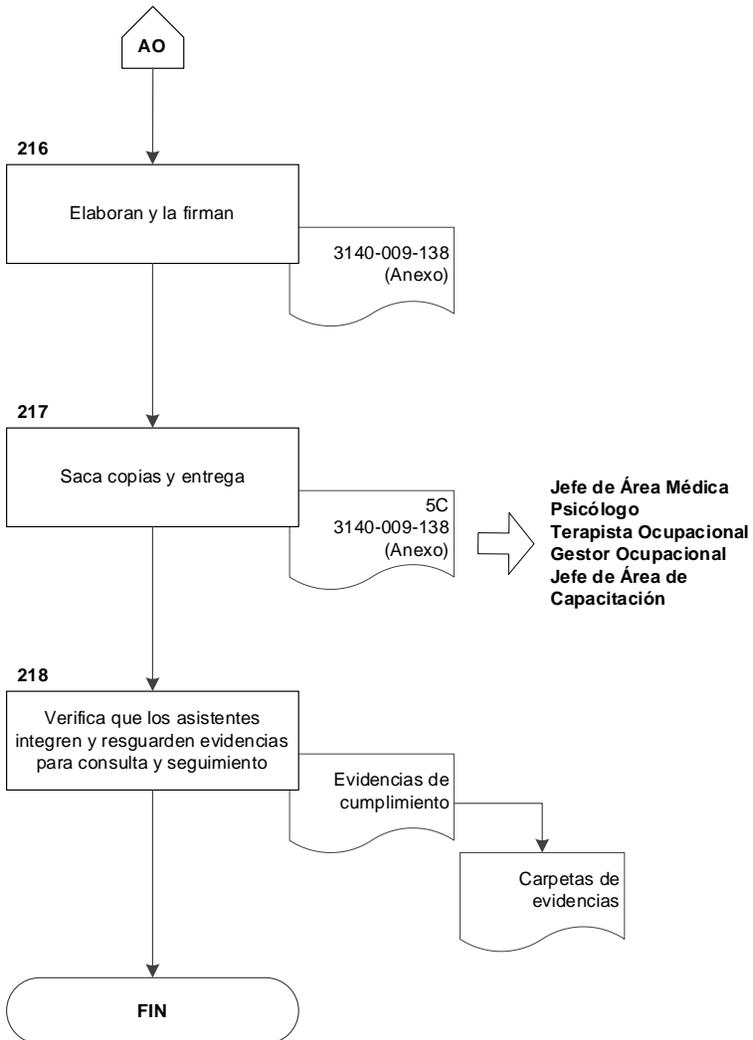














ANEXO 1

Carátulas de Acuerdos del H. Consejo Técnico
3B13-022-045



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA GENERAL

2006, Año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas, Don Benito Juárez García".

México, D.F., 31 de marzo de 2006

Oficio No. 09-52-19-0300/ 28201

DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ
Director de Prestaciones Médicas
P r e s e n t e

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 29 de marzo del presente año, dictó el Acuerdo número 125/2006, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 263 y 264 fracción XVII de la Ley del Seguro Social, 31 fracción XXVII del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, y conforme al oficio 465 del 17 de marzo de 2006 de la Dirección de Prestaciones Médicas, **Acuerda: Primero.-** Autorizar la implementación del Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las estrategias y actividades que se establecen en dicho programa, y surtirá sus efectos a partir del 29 de marzo de 2006; **Segundo.-** Instruir a la Dirección mencionada, a fin de que informe semestralmente a este propio Consejo Técnico de los resultados que se generen en el desarrollo de ese programa".

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente


Lic. Juan Moisés Calleja García
Secretario General

Con copia:

- Lic. Fernando Flores.- Director General.- Presente.
- Dr. Víctor Hugo Borja Aburto.- Coordinador de Salud en el Trabajo.- Presente.
- Lic. José Ramón Díaz Bonaga.- Coordinador de Análisis Técnico.- Presente.

JRDB:RB:IB:EP machim

IMSS
Seguridad y Solidaridad Social

Clave: 3B13-022-045



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA GENERAL

"2010. Año de la Patria. Bicentenario del Inicio de la Independencia y Centenario del Inicio de la Revolución"

México, D.F., 30 de septiembre de 2010.

Oficio No. 09-9001-030000/ **24656**

DR. SANTIAGO FÉLIX IGNACIO ECHEVARRÍA ZUNO
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el 29 de septiembre del presente año, dictó el SCAT1.HCT.290910/152.P.DPM, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 263 y 264, fracción XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; en términos del oficio 360 del 6 de septiembre de 2010, signado por el Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas; y con base en la resolución del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, en reunión del 6 del mes y año citados, toma nota del Informe sobre el 'Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social', del primer semestre de 2010, en cumplimiento a lo dispuesto por el Órgano de Gobierno en el punto Segundo del Acuerdo 125/2006, dictado en sesión del 29 de marzo de 2006, con lo que se da por concluido satisfactoriamente dicho programa. Asimismo, se aprueba que a través de los servicios médicos institucionales regulares, se operen los servicios de rehabilitación de: **a)** La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, dependiente de la Unidad Médica de Alta Especialidad: Hospital de Traumatología y Ortopedia 'Dr. Victorio de la Fuente Narváez'; **b)** Del Servicio de Rehabilitación para el Trabajo, ubicado en el Hospital General Regional No. 72; y **c)** Del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), ubicado en la Unidad Morelos del propio Instituto".

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente.

Lic. Juan Moisés Calleja García
Secretario General.

Con copia:

- Lic. Daniel Karam Toumeh. Director General.
- Sr. Mario Martínez Déctor. Miembro del H. Consejo Técnico y del Comité de Prestaciones Médicas.

...vta.

IMSS
Seguridad y Solidaridad Social

Clave: 3B13-022-045



ANEXO 2

**Derivación por unidad operativa
3B13-009-180**



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
DERIVACIÓN POR UNIDAD OPERATIVA**

Nombre de la persona que deriva			Fecha	
Unidad Operativa de Prestaciones Sociales que deriva			Folio	
Servicio que deriva				
DATOS GENERALES DEL USUARIO				
Nombre		Edad		Sexo
		CURP		
Teléfono del domicilio		Teléfono celular		
Correo electrónico		Teléfono de referencia		
DATOS GENERALES DE LA DISCAPACIDAD				
Discapacidad	Física	Sensorial	Intelectual	Mental
				Múltiple
Descripción general de la discapacidad				
Otro tipo de padecimiento				
Para las personas en las que no sea evidente la discapacidad, deberá integrarse a la derivación copia de cualquiera de los siguientes documentos:				
Certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad			Credencial Nacional para las personas con discapacidad	
Observaciones generales				

Clave 3B13-009-180



ANEXO 2
Derivación por unidad operativa
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona que deriva	Apellido paterno, materno, nombre(s), de la persona que realiza la derivación del usuario.
2	Fecha	Día/mes/año, que se presenta la evidencia que atiende el compromiso/acuerdo atendido (DD-MM-AAAA).
3	Folio	Número progresivo de control de derivaciones
4	Unidad operativa de prestaciones sociales que deriva	El nombre completo de la Unidad operativa.
5	Servicio que deriva	El nombre del servicio de la unidad operativa que deriva al usuario.
6	Nombre	Apellido paterno, materno, nombre(s) del usuario.
7	Teléfono del domicilio	El número de teléfono de casa incluyendo lada.
8	Correo electrónico	La dirección electrónica.
9	Edad	Los años cumplidos al momento del registro de la solicitud.
10	Sexo	M (masculino) o F (femenino).
11	CURP	La clave única del registro de población
12	Teléfono celular	El número de teléfono personal a 10 dígitos.
13	Teléfono de referencia	Un número telefónico de alguna persona conocida por el usuario.

Clave 3B13-009-180



ANEXO 2
Derivación por unidad operativa
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
14	Tipo de discapacidad	Con una "X" la celda que identifique la discapacidad, si es necesario indique más de una celda.
15	Descripción general de la discapacidad	La descripción general del tipo de discapacidad.
16	Otro tipo de padecimiento	Si existen otros padecimientos como enfermedades crónico degenerativas.
17	Documento soporte de discapacidad	Con una "X" la celda que identifique el tipo de documentos que confirma la discapacidad.
18	Observaciones generales	Datos relevantes de la entrevista.

Clave 3B13-009-180



ANEXO 3

Ayudas técnicas
3B13-009-178



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

AYUDAS TÉCNICAS

Fecha:	1	Taller:	9
Nombre del usuario:	2	NSS:	10
Se no:	3	Edad:	11
Estado Civil:	4	Dom inancia:	12
Dx. Previo al envío:	5	Empleo anterior:	13
Experiencia laboral:	6	Grado máximo de estudios:	14
¿Recibe actualmente tratamiento farmacológico?	7	¿Cuál?	15
Patologías agregadas:	8	Funciones básicas del puesto:	16

Movimientos necesarios para la tarea asignada (duración, frecuencia)

17

Requiere ayudas técnicas:	18	¿Cuál?	21
Motivaciones:	19	¿Qué significado tiene para usted el trabajo?	22
Roles vitales:	20	Objetivo laboral:	23

24



ANEXO 3
Ayudas técnicas
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XX), en la que se lleva a cabo la evaluación.
2	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
3	Sexo	M (masculino) o F (femenino).
4	Estado civil	El estado civil del usuario (soltero, casado, viudo, etc.).
5	Dx. Previo al envío	Datos de diagnóstico médico.
6	Experiencia laboral	Empleos u oficios anteriores y tiempo de haberlos realizado.
7	¿Recibe actualmente tratamiento farmacológico y cuál es?	Que medicamento toma actualmente.
8	Patologías agregadas	Si existen otros padecimientos como enfermedades crónico degenerativas.
9	Curso	Nombre del curso.
10	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social del usuario.
11	Edad	Número de años cumplidos al momento de la evaluación.
12	Dominancia	El grado de autonomía física, sensorial, mental e intelectual con el que cuenta el usuario.
13	Empleo anterior	La actividad del último empleo.

Clave 3B13-009-178



ANEXO 3
Ayudas técnicas
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
14	Grado máximo de estudios	El grado máximo de estudios.
15	¿Cuál?	Especifique en el caso de haber realizado algún otro tipo de preparación académica.
16	Funciones básicas del puesto	Los movimientos básicos de la función que desempeñará el usuario en su nuevo puesto.
17	Movimientos necesarios para la tarea asignada (duración, frecuencia)	El tipo de movimiento, posición, duración, frecuencia entre otros de la tarea asignada en el proyecto de puesto actividad.
18	Requiere ayudas técnicas	Si se requieren o no.
19	Motivaciones	El nivel y características de las motivaciones asociadas a la adquisición de la discapacidad.
20	Roles vitales	La relación que el usuario tiene en los contextos laboral y social.
21	¿Cuáles?	En orden jerárquico los roles que desempeña.
22	¿Qué significado tiene para usted el trabajo?	La opinión del usuario relativa a su punto de vista sobre el trabajo.
23	Objetivo laboral	Desde la perspectiva del usuario, cuál es su objetivo para incorporarse en el puesto al que va a concursar.
24	Características y funcionalidad de la Ayuda Técnica	En caso de requerirse, las características técnicas y de ser necesario solicite la opinión del Ingeniero en manufactura o de otro especialista.



ANEXO 4

Programa de control didáctico
3B13-009-179



CENTRO DE CAPTACION Y REHABILITACION PARA EL TRABAJO
CECAART

PROGRAMA DE CONTROL DIDACTICO

I.- Datos del personal instructor, del usuario(a) y actividad general

Nombre	1	Matrícula	2
Fecha de inicio de clase	3	Firma	4
Usuario	5	Curso	6
Diagnóstico	7	Clave	8

II.- Programa de control

Objetivo general	9	10	Objetivo específico				
Tema	11	12	13	14	15	16	17

Objetivo general	Objetivo específico						
Tema	13	14	15	16	17	18	19

Objetivo general	Objetivo específico						
Tema	13	14	15	16	17	18	19

Objetivo general	Objetivo específico						
Tema	13	14	15	16	17	18	19

Objetivo general	Objetivo específico						
Tema	13	14	15	16	17	18	19

Director del CECART

Jefe del Área de Capacitación



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

PROGRAMA DE CONTROL DIDÁCTICO

II.- Programa de control

Modulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tipos/Modulo	Horas teoricas	Horas practicas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Biografía

Modulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tipos/Modulo	Horas teoricas	Horas practicas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Biografía

Modulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tipos/Modulo	Horas teoricas	Horas practicas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Biografía

Modulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tipos/Modulo	Horas teoricas	Horas practicas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Biografía

Plan Laboral (Recomendaciones del Grupo Técnico Revisor)

18

19

Director del CECART

20

Jefe del Área de Capacitación



ANEXO 4
Programa de control didáctico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Nombre del Instructor, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Matrícula	Número de registro del Instructor en el IMSS.
3	Fecha de inicio de clase	Fecha (dd/mm/aaaa) en la que el Instructor da inicio al curso.
4	Firma	Firma autógrafa del Instructor.
5	Usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
6	Curso	Nombre del curso.
7	Diagnóstico	El tipo de discapacidad y factores asociados del usuario.
8	Clave	Clave de la actividad, con base en los CTPAA y servicios de prestaciones sociales, vigentes, por ejemplo 57107.
9	Módulo	Nombre general de los módulos que integran el curso.
10	Objetivo general	El objetivo del módulo con un verbo en infinitivo, escrito en forma clara y precisa, realista e interesante, que responda a las preguntas: qué, cómo y para qué.
11	Tema	Nombre del tema y enumerarlo por niveles, así como de los subtemas que se abordarán (1.1, 1.1.1, 1.2, 1.2.1, etc.).

Clave 3B13-009-179



ANEXO 4
Programa de Control didáctico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Objetivo específico	El temas y subtemas con verbo en infinitivo, escrito en forma clara y precisa, realista e interesante, que preferentemente respondan a las preguntas: qué, cómo y para qué.
13	Tiempo/Módulo	Fecha (dd/mm/aaaa-dd/mm/aaaa), periodo de ejecución en el que el Instructor programa el o los módulos del curso.
14	Horas teóricas	Total de horas teóricas y prácticas que determine el Instructor.
	Horas prácticas	
15	Técnicas didácticas	La técnica didáctica a emplear de los temas o subtemas, por ejemplo: expositiva, lluvia de ideas, demostrativas, etc. derivadas de los acuerdos establecidos en el “Dictamen del grupo revisor” con el apoyo de los especialistas de los servicios de Psicología, Terapia Ocupacional y Gestoría Ocupacional, para la mejor referencia y ajustes durante la capacitación en taller.
16	Recursos didácticos	El nombre de algún apoyo didáctico que se utilizará el Instructor, como: pizarrón, rotafolios, mobiliario y equipo especial, etc.
17	Bibliografía	Las referencias bibliográficas (no mayores a 10 años de su publicación) o bien páginas de internet en donde se pueda apoyar, la cual podrán recomendar a los usuarios.
18	Plan laboral	El dictamen del Grupo Técnico Revisor, relativo al tipo de actividad laboral y alternativas.
19	Director del CECART	Nombre y firma del Director del CECART.
20	Jefe de Área de Capacitación	Nombre y firma del Jefe de Área de Capacitación.

Clave 3B13-009-179



ANEXO 5

**Nota de seguimiento por servicio
3B13-009-181**



ANEXO 5
Nota de seguimiento por servicio
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
2	Nombre del especialista	El nombre, apellido paterno y apellido materno del especialista de los servicios de Psicología o Terapia Ocupacional o Gestoría Ocupacional o Trabajo Social o Área Médica.
3	Fecha	El día, mes y año de cada seguimiento.
4	Servicio	El nombre del servicio que da atención a la persona con discapacidad.
5	Folio	El número progresivo de acuerdo al número de atenciones realizadas.
6	Notas	Los resultados y recomendaciones del especialista para el usuario.
7	Firma del usuario	Firma del usuario.
8	Firma del especialista	Firma del especialista que brinda el servicio.



ANEXO 6

Solicitud de ingreso
3B13-009-182



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
SOLICITUD DE INGRESO

Fecha	1		Folio	2		
DATOS GENERALES DEL USUARIO						
Nombre	3		Edad	6	Sexo	7
			CURP	8		
Teléfono del domicilio	4		Teléfono celular	9		
Correo electrónico	5		Teléfono de referencia	10		
INSTITUCIÓN MÉDICA QUE LO ATIENDE						
Servicio médico con el cuenta	IMSS	ISSSTE	Hospital de la SS	Dispensario	Médico privado	
Otro	11					
GRUPO DE RIESGO						
Grupo de riesgo	Niña, Niño y Adolescente	Mujeres	Desempleados	discapacidad	Adulto mayor	Indígena
	Otro	12				
DOCUMENTACIÓN SOPORTE						
<small>Esta sección será requisitada por el personal de trabajo social, con la documentación del usuario que solicita los servicios de la Unidad</small>						
Usuario asegurado IMSS con discapacidad 13						
Derivación 4-30-8/98	Derivación 4-30-200		Cartilla Nacional de Salud de citas médicas	Derivación UOPSI		
Para la población abierta en la que no sea evidente la discapacidad, deberán adjuntar: 14						
Certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad			Credencial Nacional para las personas con discapacidad			
Comprobante de domicilio	15		Identificación oficial	15		
Determinación del servicio a brindar						
POETA			16	Servicios del CECART		
Observaciones	17					
Elaboró	18					

Clave 3B13-009-182



ANEXO 6
Solicitud de ingreso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	Día/mes/año, que se presenta la evidencia que atiende el compromiso/acuerdo atendido.
2	Folio	Número progresivo de control de solicitudes.
3	Nombre	Apellido paterno, materno, nombre(s) del usuario.
4	Teléfono del domicilio	El número de teléfono de casa incluyendo lada.
5	Correo electrónico	La dirección electrónica.
6	Edad	Los años cumplidos al momento del registro de la solicitud.
7	Sexo	M (masculino) o F (femenino).
8	CURP	La clave única del registro de población.
9	Teléfono celular	El número de teléfono personal a 10 dígitos.
10	Teléfono de referencia	Un número telefónico de alguna persona conocida por el usuario.
11	Institución médica que lo atiende	Con una "X" la celda que identifique el servicio médico con el que cuenta, o anotar en "Otro", si es otra institución.
12	Grupo de riesgo	Con una "X" el grupo que identifique el grupo de personas en situación de vulnerabilidad.
13	Documentos soporte para usuario asegurado IMSS con discapacidad	Con una "X" la celda que identifique el tipo de formato de derivación.
14	Documento soporte para población abierta en la que no es evidente la discapacidad, deberán adjuntar	Con una "X" la celda que identifique el tipo de documentos que confirma la discapacidad.



ANEXO 6
Solicitud de Ingreso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
15	Comprobante de domicilio/identificación oficial	Con una "X", la presentación de documentos originales.
16	Determinación del servicio a brindar	Con una "X", después de la presentación de los documentos soporte la propuesta de servicio a brindar.
17	Observaciones	Datos relevantes de la entrevista.
18	Elaboró	Apellido paterno, materno, nombre(s), de la persona que entrevista.



ANEXO 7

Criterios de selección y perfil de ingreso
3B13-018-008



GOBIERNO DE MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
Criterios de selección y perfil de ingreso

Persona con:		SI	NO
1	Edad mínima de 16 años sin término de edad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Para ST-6, con diagnóstico con retraso mental de leve a moderado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Para ST-4 con diagnóstico de certeza, con buen pronóstico de vida, estables clínicamente, no requieren asistencia, con estudios de funcionalidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Para ST-3 mayor al 25% con estudio de funcionalidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con discapacidad intelectual, la edad mínima son 16 años.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Con discapacidad física, visual y auditiva, la edad mínima es de 18 años, que incluya estudios de funcionalidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con tratamiento médico concluido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Que no tenga interpuesta demanda vigente ante el IMSS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Deseos de superarse, concluir su capacitación y reincorporarse al mercado laboral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Las personas enviadas de los módulos ubicados en el Hospital General Regional #72 (HGZ 72) o Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte (UMFyRN), deberán contar con evaluación funcional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Se identifique el factor desencadenante, que da origen a una crisis en personas con discapacidad psicosocial con apego a tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	De acuerdo al "Procedimiento para la inscripción a cursos de Prestaciones Sociales Institucionales", clave 3130-003-044 y sólo en el caso de que la discapacidad no sea visible, presentar el Certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad, expedido por el Sector Salud (Art. 10 de la Ley General para la inclusión de las Personas con discapacidad) o Credencial Nacional para las personas con discapacidad expedida por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Clave 3B13-018-008



ANEXO 7
Criterios de selección y perfil de ingreso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Criterios de selección	Una "X", si la persona con discapacidad postulante cumple con los criterios de ingreso a los servicios del CECART.

Clave 3B13-018-008



ANEXO 8

Entrevista inicial de trabajo social
3B13-009-183



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
ENTREVISTA INICIAL DE TRABAJO SOCIAL**

Fecha	1	Folio	2
UMF de adscripción	3	Módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	4
DATOS GENERALES DEL USUARIO			
Nombre	5	Edad	6
		Fecha de nacimiento	7
CURP	8	NSS	9
Domicilio	10		
Referencia de ubicación del domicilio	11		
Teléfono	12	Edo. Civil	13
En caso de emergencia llamar a	14		
Último grado de estudios	15		
Antecedentes laborales e ingreso salarial	16		
Expectativa salarial	17		
Ocupación	18		
Tipo de pensión	19		
Diagnóstico	20		
SITUACIÓN FAMILIAR			
Vivienda	21	Propia	Rentada
		Prestada	Compartida con familiares
Servicios con los que cuenta	22	Agua ()	Luz ()
		Drenaje ()	Teléfono ()
		Otros ()	
Con quien vive	23	Parentesco	Edad
		Ocupación	
Cuántos miembros de su familia trabajan	24	Ingreso global familiar (mensual)	25
		Egreso global familiar (mensual)	26
¿Realiza actividades de tipo deportivo y/o social?	NO ()	¿Cuáles?	28
	SI ()		
SITUACIÓN REFERENCIAL			
¿Quién lo canalizó al servicio o como se enteró?	29		
¿Por qué decidió acudir al servicio?	30		
Ha sido atendido en otras instituciones a consecuencia de su situación de discapacidad?	SI ()	¿Cuáles?	32
	NO ()		
Acude periódicamente a sus revisiones médicas	SI ()	¿Tiene algún padecimiento adicional?	34
	NO ()		
¿Cuáles son sus expectativas del servicio?	35		
Observaciones	36		
Estado	37		



ANEXO 8
Entrevista inicial de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día, mes y año de primera visita del usuario.
2	Folio	El número progresivo de acuerdo al control de inscritos al centro.
3	UMF de adscripción	El nombre de la Unidad de Medicina Familiar que le proporciona atención al usuario.
4	Módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	El nombre del módulo que deriva al usuario al centro.
5	Nombre	El nombre, apellido paterno y apellido materno del usuario.
6	Edad	El número de años cumplidos que tiene el usuario.
7	Fecha de nacimiento	El número de: día, mes y año de nacimiento del usuario.
8	CURP	La Clave Única de Registro de Población.
9	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social del usuario.
10	Domicilio	La calle, número interior y/o exterior, colonia, alcaldía, código postal y estado del domicilio del usuario.
11	Referencia de ubicación del domicilio	Referencias de cómo llegar al domicilio del usuario, en caso de una visita domiciliaria.

Clave 3B13-009-183



ANEXO 8
Entrevista inicial de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Teléfono	El número telefónico del domicilio del usuario o en su caso el número de teléfono celular para localizarlo.
13	Edo. Civil	El estado civil del usuario (soltero, casado, viudo, etc.).
14	En caso de emergencias llamar a	El nombre completo y teléfono de la persona que se puede llamar en caso de una emergencia del usuario.
15	Último grado de estudios (Comprobables)	Primaria, secundaria, bachillerato, etc.
16	Antecedentes laborales e ingreso salarial	El nombre de las empresas o dependencias donde laboró el usuario, así como su salario mensual.
17	Expectativa salarial	La cantidad en número del salario que le gustaría percibir.
18	Ocupación	El nombre del trabajo a que se dedicaba el usuario antes de ingresar al centro.
19	Tipo de pensión	El tipo de pensión con la que cuenta el usuario.
20	Diagnóstico	El dictamen médico del usuario.
21	Vivienda	Una "X" al tipo de vivienda que corresponda al entrevistado, según sus características.
22	Servicios con los que cuenta	Una "X" a los servicios que enumere el entrevistado, correspondientes a las condiciones y características del tipo de comunidad.

Clave 3B13-009-183



ANEXO 8
Entrevista inicial de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
23	Con quién vive	En orden descendente, el nombre y parentesco de cada una de las personas con quien comparte la vivienda, especificando su nombre completo, su edad en años cumplidos hasta la fecha de la entrevista, el tipo de parentesco que mantiene con el usuario y la ocupación.
24	Cuántos miembros de su familia trabajan	El número de personas que realizan aporte económico a la familia del usuario.
25	Ingreso global familiar (mensual)	La cantidad en número y en moneda nacional, del ingreso global mensual de quienes integran el núcleo familiar del usuario.
26	Egreso global familiar (mensual)	La cantidad en número y en moneda nacional, del egreso global mensual de quienes integran el núcleo familiar del usuario.
27	¿Realiza algunas actividades de tipo deportivo y/o social?	Una "X" en Sí o en No según corresponda al usuario.
28	¿Cuáles?	Si su respuesta es positiva, indicar las actividades que el entrevistado considere realizar en su tiempo libre o con fines no económicos.
29	¿Quién lo canalizó al servicio o como se enteró?	La forma específica de la derivación al CECART.
30	¿Por qué decidió acudir al servicio?	Los motivos que lo impulsaron a acudir al servicio (Responder a la pregunta, tomando en cuenta su expectativa laboral).
31	Ha sido atendido en otras instituciones a consecuencia de su situación de discapacidad	Una "X" en el recuadro de Sí o No según corresponda.

Clave 3B13-009-183



ANEXO 8
Entrevista inicial de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
32	¿Cuáles?	Si su respuesta es positiva, escriba en donde y el tipo de atención recibida en otras instancias no correspondientes al IMSS.
33	Acude periódicamente a sus revisiones médicas	Una "X" en el recuadro de Si o No según corresponda.
34	¿Tiene algún otro padecimiento adicional?	En su caso, si cuenta con otro padecimiento adicional aparte del diagnóstico antes mencionado.
35	¿Cuáles son sus expectativas del servicio?	De manera detallada en qué forma empleará los conocimientos y servicios ofertados en el CECART, hacia su vida laboral.
36	Observaciones	De forma breve detalles sobre las condiciones en que se presenta el usuario, referentes a su disposición, forma de aliño y vestido, orden y organización de su situación de derivación, entre otras.
37	Elaboró	Nombre completo de la Trabajadora Social que aplicó la entrevista, así como su número de matrícula.

Clave 3B13-009-183



ANEXO 9

Visita domiciliaria de trabajo social
3B13-009-184



 GOBIERNO DE MÉXICO			
CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL			
Fecha	1	Folio	2
UMF de adscripción	3	Módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	4
DATOS GENERALES DEL USUARIO			
Nombre	5	Edad	6
		Fecha de nacimiento	8
		Sexo	7
Lugar y origen	9		
Estado civil	10	Escolaridad	11
Discapacidad	13	Ocupación	12
CURP	14	NSI	15
IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA			
¿Con quien vive?	16	Parentesco	17
		Edad	18
Domicilio	19	Ocupación	
Calle(s) colindantes con el domicilio y referencia de ubicación		20	
Teléfono del domicilio	21	Teléfono celular	22
Correo electrónico	23	Teléfono de referencia	24
Medios de transporte para llegar al domicilio	25		
En caso de emergencia llamar a...	26		
EDUCACIÓN			
Último grado de estudios (Comprobables)	27	Técnico	Comercial
		Licenciatura	Posgrado
		Especialización o diplomado	
¿Segue estudiando actualmente?	Si	No	¿Que estudia?
¿Ha tomado cursos de oficios?	Si	No	¿Cuáles?
INGRESOS Y EGRESOS DE LA FAMILIA			
Ingresos familiares 30			
Nombre			
Género			
Edad			
Parentesco			
Ocupación			
Ingreso mensual			
Total de ingresos familiares			
Egresos familiares 31			
Tipo de gastos		Transporte	
Alimentación		Educación	
Gas y combustible		Gastos médicos	
Renta		Recreación	
Agua		Abonos o créditos	
Luz		Ropa y calzado	
Teléfono casa		Fondos de ahorro	
Teléfono celular		Tandas o préstamo	
Piedra		Internet	
Total de egresos		Superavit	
		Déficit	
VIVIENDA			
Vivienda	32	Propia	Rentada
		Prestada	Como artífice con familiares
Tipo de vivienda	33	Departamento	Vecindad
		Campesinato	Alberque
		Otro	
Servicios/obras que cuenta	34	Agua ()	Luz ()
		Drenaje ()	Teléfono ()
		Otros ()	
Número de dormitorios	35	¿Cuántas personas duermen en la habitación?	36
Habitaciones (cuanta)	Sala	37	Comedor
			Cocina
			Baño privado
			Baño colectivo
Materiales de manta	38	Paredes	Tabique
		madera	cartón
		Otros materiales:	
		Techo	Concreto
		Lámina de asbesto	Lámina de cartón
		Lámina metálica	
		Pisos	Mosaico
		Loseta	Cemento
		Tierra apisonada	Madera
Otros materiales			
Mobiliario	39		
Televisión	Estéreo	Video	DVD
			Estufa
			Horno de microondas
Lavadora	Centro de lavado	Refrigerador	Computadora
		Otros	



 GOBIERNO DE MÉXICO 								
CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL								
SALUD								
Servicio médico con el que cuenta	40	MSS	SSSTE	Hospital de la SS	Dispensario	Médico privado		
Otro								
Frecuencia con la que asiste al médico	Una vez por semana	Mensualmente	41	Anualmente	Quando se enferma			
¿Independientemente de la Discapacidad, vive con alguna enfermedad?	42							
¿Realiza actividad física?	43	NO () SI ()	¿Con que frecuencia?	44	una vez por semana	2 a 3 días por semana	5 días por semana	Todos los días
RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE								
Actividades familiares de fin de semana	45	Practicar deporte	Ir al cine	Visitar familiares	Realizar quehaceres del hogar	Actividades al aire libre		
		Escucha música	Toca algún instrumento	Videojuegos				
Otro:								
SITUACIÓN LABORAL								
Antecedentes laborales e ingreso	46							
Expectativa salarial	47							
Ocupación	48							
Tipo de pensión	49							
Diagnóstico	50							
FAMILIOGRAMA								
51								



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día, mes y año de primera visita del usuario.
2	Folio	El número progresivo de acuerdo al control de inscritos al centro.
3	UMF de adscripción	El nombre de la Unidad de Medicina Familiar que le proporciona atención al usuario.
4	Módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	El nombre del módulo que deriva al usuario al centro.
5	Nombre	El nombre, apellido paterno y apellido materno del usuario.
6	Edad	El número de años cumplidos que tiene el usuario.
7	Sexo	M (masculino) o F (femenino).
8	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento del usuario.
9	Lugar y origen	El Estado, municipio, alcaldía y colonia.
10	Estado civil	El estado civil de la persona con discapacidad (soltero, casado, viudo, etc.).
11	Escolaridad	El último grado de estudios comprobable.
12	Ocupación	La actividad a la que se dedica actualmente.
13	Discapacidad	De forma breve la discapacidad o discapacidades que ha adquirido.
14	CURP	La Clave Única de Registro de Población.
15	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social del usuario.

Clave 3B13-009-184



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
16	Parentesco	Nombre de la persona que asiste y vive con el usuario y especificar cuál es su relación familiar. Por ejemplo: padre, hijo, hermana, etc.
17	Edad	El número de años cumplidos que tiene la o las personas con quien vive.
18	Ocupación	El nombre del trabajo a que se dedican las personas con quien vive.
19	Domicilio	La calle, número interior y/o exterior, colonia, delegación, código postal y estado del domicilio del usuario.
20	Calles colindantes con el domicilio y referencia de ubicación	Referencias de cómo llegar al domicilio del usuario, en caso de una visita domiciliaria.
21	Teléfono del domicilio	El número de teléfono de casa incluyendo lada.
22	Teléfono celular	El número de teléfono personal a 10 dígitos.
23	Correo electrónico	La dirección electrónica
24	Teléfono de referencia	Un número telefónico de alguna persona conocida por el usuario.
25	Medios de transporte para llegar al domicilio	De forma descriptiva que transportes utiliza para llegar a su domicilio.

Clave 3B13-009-184



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
26	En caso de emergencia llamar a:	El nombre y teléfono de la persona a la que se pueda llamar en caso emergente.
27	Ultimo grado de estudios (Comprobables)	El último grado de estudios, con documento probatorio.
28	¿Sigue estudiando actualmente?	Con una "X" señale "Si" o "No", de ser positiva la respuesta, indique que estudia.
29	¿Ha tomado cursos de oficios?	Con una "X" señale "Si" o "No", de ser positiva la respuesta, indique que cursos de oficios ha tomado.
30	Ingresos familiares	Los datos que se indican para identificar el nivel de ingresos de los habitantes del domicilio.
31	Egresos familiares	Los datos que se indican para identificar el nivel de egresos de los habitantes del domicilio.
32	Vivienda	Con una "X", indique la naturaleza de posesión de la vivienda.
33	Tipo de vivienda	Con una X, indique el tipo de la vivienda.
34	Servicios con los que cuenta	Con una "X", indique con cuales servicios cuenta la vivienda.
35	Número de dormitorios	El número de habitaciones en las que pernoctan los habitantes del domicilio.
36	¿Cuántas personas duermen en la habitación?	Cuántas personas pernoctan en cada habitación.
37	Habitaciones (cuenta)	Con una "X", el tipo de habitaciones con las que cuenta el domicilio.



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
38	Material predominante	Con una "X", los materiales que predominan en la construcción de la vivienda.
39	Mobiliario	Con una "X", los muebles con los que cuenta la vivienda.
40	Servicio médico con el que cuenta	Con una "X", en cual institución tiene servicios médicos.
41	Frecuencia con la que asiste al médico	Con una "X", la casilla que indique la frecuencia de asistencia a los servicios médicos.
42	Independientemente de la Discapacidad, vive con alguna enfermedad	Si cuenta con alguna enfermedad crónica degenerativa, y escriba cuál es.
43	¿Realiza actividad física?	Con una X señale "Si" o "No".
44	Con que frecuencia	Con una X señale la frecuencia con la que realiza actividad física.
45	Actividades familiares de fin de semana	Con una X señale que actividades realiza en su tiempo libre.
46	Antecedentes laborales e ingreso	Empleos anteriores y salarios devengados.
47	Expectativa salarial	El monto del salario que desea obtener por el desempeño de una actividad.
48	Ocupación	La actividad actual, vinculada al trabajo.
49	Tipo de pensión	Qué tipo de pensión y monto percibe.
50	Diagnóstico	Cual fue la calificación del riesgo de trabajo o enfermedad general que le indicó su médico.

Clave 3B13-009-184



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
51	Familograma	Las relaciones familiares del usuario.
52	¿Quién lo canalizó al servicio o como se enteró?	Como se enteró de los servicios del CECART.
53	¿Por qué decidió acudir al servicio?	Cuáles fueron las razones que le motivaron a asistir a los servicios del CECART.
54	¿Ha sido atendido en otras instituciones a consecuencia de su situación de discapacidad?	Con una X en la celda correspondiente.
55	¿Cuáles?	En su caso, las instituciones que le hayan brindado servicios para mejorar su condición de discapacidad.
56	¿Acude periódicamente sus revisiones médicas derivadas de la discapacidad?	Con una X en la celda correspondiente.
57	¿Tiene algún padecimiento adicional?	Si vive con alguna otra enfermedad.
58	¿Cuáles son sus expectativas del servicio?	Que considera encontrar o percibir de los servicios del CECART.
59	Diagnóstico social	De acuerdo a los datos obtenidos un diagnóstico.
60	Observaciones	Comentarios que considere importantes y que son resultado de la entrevista.
61	Fecha de aplicación	El día, mes y año de la aplicación de la encuesta.
62	Elaboró	El nombre, apellido paterno y apellido materno de quien aplica la encuesta.

Clave 3B13-009-184



ANEXO 10

Entrevista inicial de psicología
3B13-009-185



Gobierno de México IMSS	
CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART ENTREVISTA INICIAL DE PSICOLOGÍA	
Nombre	1
Servicio que deriva	2
Fecha	3
Folio	4
Datos generales	
Técnicas empleadas	5
Descripción de la persona	
Antecedentes personales	
Resultados	
Área intelectual: Características del pensamiento y contacto con la realidad.	6
Área perceptomotora.	
Área afectiva:	
tono afectivo	
demanda y expresión del afecto.	
características del control de impulsos.	
autoconcepto	
relaciones interpersonales	
Capacidad de insight.	
Mecanismos de defensa.	
Áreas libres de conflicto.	
Impresión diagnóstica	
Sugerencias de tratamiento.	
Pronóstico	
Otros temas	7



ANEXO 10
Entrevista inicial de psicología
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	El nombre, apellido paterno y apellido materno del usuario.
2	Servicio que deriva	El nombre del servicio del CECART, que envía al usuario.
3	Fecha	El día, mes y año de la entrevista.
4	Folio	El número progresivo de acuerdo al número de entrevista iniciales realizadas.
5	Datos generales	Las técnicas empleadas, descripción y antecedentes del usuario.
6	Resultados	Los hallazgos encontrados en las áreas intelectual y afectiva, así como su pronóstico.
7	Otros temas	Algún hallazgo que considere importante dar seguimiento en cada uno de los tópicos indicados.

Clave 3B13-009-185



ANEXO 11

**Entrevista inicial de terapia ocupacional
3B13-009-186**



UMF de adscripción		1		2		Fecha		3		4	
Módulo o servicio que deriva		5		6		7		8		9	
DATOS GENERALES DE LA PERSONA											
Nombre	Edad		Sexo								
Dirección actual		Fecha de nacimiento									
Estado civil	Grado máximo de estudios										
Discapacidad	NSS										
PERFIL LABORAL DE LA PERSONA											
Empleo anterior	Experiencia laboral										
Ocupación actual	Que otros oficios o actividades domina o tiene conocimientos										
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO											
Diagnóstico previo a envío											
Recibe tratamiento farmacológico?	SI	No	¿Cuál?								
Patologías agregadas											
Utiliza ayudas técnicas?	SI	No	¿Cuál?								
PERFIL OCUPACIONAL DE LA PERSONA											
Situación vital/familia											
Roles ocupacionales de la persona a lo largo de su vida											
¿Cuáles son sus intereses?											
¿Qué es importante para la persona? (motivaciones)											
¿Cuáles son sus hábitos y sus rutinas?											
¿Qué significado tiene para usted el trabajo?											
Objetivo laboral											
Ambiente Social											
Con quién vive											
Con quién trabaja											
Con quién pasa su tiempo de descanso											
AMPS (Assesment of motor and process skills)											
Calificación			1	2	3	4	5				
Habilidades motoras											
Postura											
ESTABILIZAR el cuerpo para el equilibrio											
ALINEAR el cuerpo en posición vertical											
POSICIONAR el cuerpo o los brazos en forma apropiada a la tarea											
Movilidad											
DESARROLLAR movimientos en el medio ambiente de la tarea (superficies a nivel)											
MANIPULAR los objetos de la tarea											
FLEXIONAR O ROTAR el cuerpo en forma apropiada a la tarea											
Coordinación											
COORDINAR las partes del cuerpo para estabilizar en forma segura los objetos de la tarea											
MANIPULAR los objetos de la tarea											
FLUIR ejecutar movimientos suaves y fluidos con los brazos y las manos											
Fuerza y esfuerzo											
MOVILIZAR empujar y tirar de los objetos de la tarea sobre las superficies a nivel o abrir y cerrar puertas y cajones											
TRANSPORTAR los objetos de la tarea de un lugar a otro											
LEVANTAR objetos utilizados durante la tarea											
CALIBRAR regular la fuerza y la extensión de los movimientos											
AGARRAR Mantener una presión segura sobre los objetos de la tarea											
Energía											
RESISTIR mientras dure la ejecución de la tarea											
Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea											



 	
<p>CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART ENTREVISTA INICIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL</p>	
Habilidades de procesamiento	
9	
Energía	
Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea	
Mantener la ATENCIÓN selectiva durante toda la ejecución de la tarea	
Uso del conocimiento	
ELABORAR las herramientas y los materiales apropiados necesarios para ejecutar la tarea	
UTILIZAR los objetos de la tarea según los propósitos para los que están destinados	
Saber cuándo y cómo estabilizar y sostener o ABRIR los objetos de las tareas	
COMPRENDER el objetivo de la tarea especificada	
INVESTIGAR: preguntar la información necesaria	
Organización temporal	
INICIAR las acciones o los pasos de las tareas sin ayuda	
CONTINUAR las acciones hasta completarlas	
SECUENCIAR lógicamente los pasos de las tareas	
TERMINAR las acciones o los pasos en el momento apropiado	
Espacio y objetos	
BUSCAR Y LOCALIZAR las herramientas y los materiales	
REUNIR las herramientas y los materiales en el lugar de la tarea	
ORGANIZAR las herramientas y los materiales en una forma ordenada y lógica especialmente apropiada	
REESTABLECER ordenar las herramientas y los materiales o reacomodar el lugar de trabajo	
SOBREPASAR Maniobrar la mano y el cuerpo alrededor de los obstáculos	
Adaptación	
NOTAR Y RESPONDER Apropiadamente a los indicios ambientales no verbales relacionados con la tarea	
ACOMODAR Modificar la propia acción para superar los problemas	
AJUSTAR Modificar el espacio de trabajo para superar los problemas	
BENEFICIARSE evitar la recurrencia o la persistencia de los problemas	
Resultados del análisis	
10	
Dificultades del desempeño ocupacional	
Observaciones	
11	
Evaluador	12
Firma y cédula	



ANEXO 11
Entrevista inicial de terapia ocupacional
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UMF de adscripción	El nombre de la Unidad Médica que lo atiende del sector salud.
2	Módulo o servicio que deriva	El nombre del servicio o módulo de rehabilitación, que envía al usuario.
3	Fecha	El día, mes y año de la entrevista.
4	Folio	El número progresivo de acuerdo al número de entrevista iniciales realizadas.
5	Datos generales de la persona	La información personal general del usuario.
6	Perfil laboral de la persona.	Los datos de empleos anteriores, ocupación actual, experiencia entre otros del usuario.
7	Diagnóstico y tratamiento	La información médica relevante, respecto de la continuidad de su tratamiento médico.
8	Perfil ocupacional de la persona	Datos como el rol familiar, situación, interés, hábitos entre otros del usuario, etc.
9	AMPS (Assesment of motor and process skills)	La calificación de las habilidades motoras y de procesamiento.
10	Resultados de análisis	Las principales dificultades en el desempeño de una actividad ocupacional y laboral.
11	Observaciones	Datos relevantes que requieren seguimiento.
12	Evaluador	Firma y cedula de la persona que evalúa.



ANEXO 12

Sondeo empresarial
3B13-009-187



GOBIERNO DE MÉXICO



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CE CART
SONDEO EMPRESARIAL**

Fecha: / /
Día Mes Año

Nombre de la empresa

Giro o actividad

Domicilio

Delegación Código Postal

Teléfono Correo

Responsable

Cargo

Número de empleados (total o aproximado)

En caso de contratar personas con discapacidad y con base en el giro y actividades que en ésta se desempeñan, ¿Cuáles son las discapacidades más acordes para su empresa?

¿En que área considera, se podrían insertar a laborar en su empresa personas con discapacidad?

¿En este momento existen vacantes en la empresa? Sí () No ()

¿En caso de vacante, que perfil requiere para el puesto?

Comentarios

Elaboró:
Nombre y firma de la Gestora Ocupacional

Clave 3B13-009-187



ANEXO 12
Sondeo empresarial
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), de la fecha de entrevista.
2	Nombre de empresa	Razón social.
3	Giro o actividad	El giro o actividad de la empresa.
4	Domicilio	Calle, número y colonia.
5	Delegación	Delegación política y/o municipio.
6	Código Postal	Código postal.
7	Teléfono	Número de teléfono del encargado de reclutamiento y selección.
8	Correo	Correo electrónico de la persona encargada de reclutamiento y selección.
9	Responsable	Nombre completo de la persona encargada de reclutamiento y selección.
10	Cargo	El cargo de la persona atendió al usuario.
11	Número de empleados (total o aproximado)	Número de empleados que laboran en la empresa.
12	¿En caso de contratar personas con discapacidad y con base en el giro y actividades que en ésta se desempeñan, ¿Cuáles son las discapacidades más acordes para su empresa?	Actividades que realizarían las personas en caso de ser contratadas.
13	¿En qué área considera se podrían insertar a laborar en su empresa personas con discapacidad?	El área en donde pueden ser reincorporados las personas con discapacidad.

Clave 3B13-009-187



ANEXO 12
Sondeo empresarial
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
14	¿En este momento existen vacantes en la empresa?	Una X según sea el caso.
15	¿En caso de vacante que perfil requiere para el puesto?	Las competencias que requieren las personas en el desempeño de las actividades de la empresa.
16	Comentarios	Comentario o información relacionada con la contratación de personas con discapacidad.
17	Elaboró	Nombre y firma del Gestor Ocupacional que realizó visita a empresa.

Clave 3B13-009-187



ANEXO 13

Entrevista inicial de gestión ocupacional
3B13-009-188



GOBIERNO DE
MÉXICO



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART**
ENTREVISTA INICIAL DE GESTORÍA OCUPACIONAL

Fecha	1	Nombre del Gestor	2	Folio	5
UMF de inscripción	3				
Servicio o módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	4				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN 6					
Compañía/ Empresa donde laboraba					
Nombres de la persona con discapacidad					
Escriba					
Puesto desempeñado					
Años laborando en la empresa					
Otras oficinas que domina:					
Tipo de pensión					
Régimen					
Diagnóstico médico					
DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL USUARIO 7					
Calle	Num. Ext.		Num. Int.		
Código	Municipio/ Alcaldía		Código Postal		
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento		Estado Civil		
Calles colindantes con el domicilio y referencia de ubicación					
Teléfono del domicilio	Teléfono celular		Teléfono de referencia		
Correo electrónico	Otros medios de contacto				
Medios de transporte para llegar al domicilio					
En caso de emergencia llamar a...					

Clave 3B13-009-188



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECAR T
ENTREVISTA INICIAL DE GESTORÍA OCUPACIONAL

RESULTADO DEL ANÁLISIS Y SUGERENCIA DEL GESTOR OCUPACIONAL 12

OBSERVACIONES 13

14

Nombre y firma del gestor ocupacional

15

Nombre y firma del usuario



ANEXO 13
Entrevista inicial de gestoría ocupacional
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día (XX), mes (XX) y año (XXXX) de la entrevista.
2	Nombre del Gestor	El nombre, apellido paterno y apellido materno del Gestor Ocupacional.
3	UMF de adscripción	El nombre de la unidad médica que lo atiende del sector salud.
4	Servicio o módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	El nombre del servicio o módulo de rehabilitación, que envía al usuario.
5	Folio	El número progresivo de acuerdo al número de entrevista iniciales realizadas.
6	Datos de identificación	La información personal general del usuario.
7	Domicilio y datos de contacto del usuario	Calle, colonia, municipio, números telefónicos entre otros datos, para mantener contacto con el usuario.
8	Grado de estudios	El nivel educativo u otros estudios que haya realizado o continúe estudiando el usuario.
9	Actividades familiares	Nombre, parentesco, edad, domicilio y ocupación de los familiares del usuario.
10	Redes de apoyo.	Nombre, dirección y teléfonos de contacto de las redes en las que este suscrito el usuario.
11	Interés laboral del usuario.	El curso que desea el usuario.

Clave 3B13-009-188



ANEXO 13
Entrevista inicial de gestoría ocupacional
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Resultado del análisis y sugerencia del Gestor Ocupacional	Con base en el análisis de la información solicitada, elaborar una propuesta para gestionar su reincorporación laboral.
13	Observaciones	Temas relevantes que requieran seguimiento.
14	Nombre y firma del Gestor Ocupacional	Firma y nombre.
15	Nombre y firma del usuario.	Firma y nombre.



ANEXO 14

Entrevista inicial médica
3B13-009-189



ANEXO 14
Entrevista inicial médica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día (XX), mes (XX) y año (XXXX) de la entrevista.
2	Nombre del Médico	El nombre, apellido paterno y apellido materno del médico.
3	UMF de adscripción	El nombre de la Unidad médica que lo atiende del sector salud.
4	Servicio o módulo de rehabilitación que deriva	El nombre del servicio o módulo de rehabilitación, que envía al usuario.
5	Folio	El número progresivo de acuerdo al número de entrevista iniciales realizadas.
6	Diagnóstico médico	Datos de diagnóstico médico y otros padecimientos asociados al tratamiento del usuario.
7	Observaciones	Datos relevantes que requieran seguimiento.
8	Nombre y firma	Firma autógrafa y nombre del médico y del usuario.

Clave 3B13-009-189



ANEXO 15

**Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor
3B13-009-190**



ANEXO 15
Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Área	El nombre del área de procedencia de la información (Trabajo Social, Gestoría Ocupacional, Psicología, Analistas o Capacitación).
2	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX) en que se obtuvo y/o se realiza informe.
3	Nombre de usuario y expediente (presentación, actualización o seguimiento)	El nombre completo del usuario y número de expediente. Especificar al inicio si es nuevo debe escribir presentación, si es una persona en la que no se tiene información en un período de tiempo escribir actualización. Si la información es de alguien ya inscrito, escribir seguimiento.
4	Planeación, acciones, solución o medida correctiva	Qué compromiso se adquiere como centro para el bienestar del usuario a corto o mediano plazo, y/o acción correctiva, como parte de su proceso de rehabilitación.



ANEXO 16

Calendario individual de actividades
3B13-009-191



ANEXO 16
Calendario individual de actividades
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio	Número de folio.
2	Nombre	El apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social del usuario.
4	Discapacidad	Tipo de discapacidad.
5	Domicilio	El nombre de la colonia, calle y número exterior y en su caso interior del usuario.
6	Teléfono	El número de teléfono de casa o móvil del usuario.
7	UMF	El nombre de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde e indique si es riesgo de trabajo o enfermedad general.
8	Curso	El nombre del curso.
9	Fecha inicio	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX) de inicio del curso.
10	Fecha conclusión	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX) de proyección de terminación del curso.
11	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), de las fechas programadas de los servicios.
12	Hora	La hora que da inicio a sus sesiones.
13	Lugar	El número de consultorio.
14	Rúbrica	La firma una vez concluida la visita al servicio.

Clave 3B13-009-191



ANEXO 16
Calendario individual de actividades
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
15	Servicio	El nombre del servicio que atiende al usuario en su proceso de capacitación.
16	Observaciones	Aspectos relevantes que sean necesarios para apoyar al usuario.
17	Elaboró	Nombre y firma de la persona que elaboró el documento.
18	Revisó	Nombre y firma de quien revisó.
19	Recibió	Nombre y firma de quien recibió.
20	Gestor Ocupacional /analista de enseñanza técnica	Nombre completo del Gestor Ocupacional o Analista de Enseñanza Técnica.
21	Sello de la unidad	Sello de la unidad donde se realiza la actividad.



ANEXO 17

**Consentimiento del programa individualizado
3B13-009-192**



GOBIERNO DE MÉXICO



**Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART**

CON SENTIMIENTO DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO

2

Ciudad de México, a _____ de _____ 1 de 20__

Nombre del usuario _____

3

Número de Seguridad Social: _____

A través de este documento hago constar que he **ACEPTADO voluntariamente** integrarme al programa de Capacitación para el Trabajo, Rehabilitación y Reincorporación Laboral, el cual se llevará a cabo en las instalaciones del **CECART** dependiente de la Dirección de Prestaciones Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social (**I.M.S.S.**) Ubicado en la Unidad Morelos, con domicilio en Calzada San Juan de Aragón No. 311, esquina Eduardo Molina, Delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal.

RECONOZCO que previamente me han informado y explicado el propósito del programa, el cual consiste en participar en un proceso continuo y coordinado de rehabilitación con el fin de obtener conocimientos, desarrollar habilidades, destrezas para el uso al máximo de mi capacidad potencial. Además, derivado del proceso, se podría disminuir el riesgo de complicaciones en mi salud a causa del desempleo y la inactividad, con el fin de elevar mi calidad de vida, ante la posibilidad de reincorporarme al mercado laboral.

Estoy enterado de que todo esfuerzo físico o mental que realice, forma parte del Programa de Capacitación para el Trabajo, Rehabilitación y Reincorporación Laboral, y que en ningún momento constituye una relación laboral con el **I.M.S.S.**

De igual forma, estoy enterado de que derivado de las actividades del programa de capacitación, en los talleres existen riesgos a mi persona inherente al uso de herramientas y maquinaria, a posturas, movimientos y cargas, a la exposición a emanaciones de gases y calor, y de tener contacto con residuos de los materiales utilizados para mi adiestramiento.

De esta manera deberé contar con toda la probidad posible para evitar en lo posible, accidentes durante el proceso de mi capacitación, de la misma manera conducirme con respeto ante el personal del equipo multidisciplinario que me atienda.

A través de este medio eximo de responsabilidad al Instituto Mexicano del Seguro Social, de los accidentes que emanen por motivo y en ejercicio de mi capacitación.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan del programa en mención, en el sentido de que la práctica compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Así mismo, entiendo que los riesgos a los que estoy expuesto tanto en el Centro, como en el traslado hacia y desde el Centro por ningún motivo serán considerados como Riesgo de Trayecto, Riesgo de Trabajo o Enfermedad Profesional, y que no se verá afectado ni modificado mi estado como incapacitado, invalidez, pensión o jubilación ante el **I.M.S.S.**

Estoy enterado que el traslado para acudir a mis citas y a la capacitación en los talleres del **C.E.C.A.R.T.** dependerá de mis propios recursos.

Entiendo que en el momento en el que yo lo desee puedo abandonar el proceso de capacitación, siempre y cuando mis motivos sean justos y razonables, ya que entiendo que todos los procesos de evaluación y capacitación representan costos para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del Programa de Capacitación para el Trabajo, Rehabilitación y Reincorporación Laboral y firmo a continuación:

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO

_____ 4 _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

_____ 5 _____

DOMICILIO

_____ 6 _____

DOMICILIO

_____ 6 _____

IDENTIFICACION

_____ 7 _____

IDENTIFICACION

_____ 7 _____



ANEXO 17
Consentimiento del programa individualizado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), en que se firma el consentimiento informado.
2	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
3	Numero de Seguridad Social	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social de la persona con discapacidad.
4	Nombre y firma del usuario	Firma del usuario.
5	Nombre y firma del testigo	Nombre completo y firma autógrafa del testigo.
6	Domicilio	El nombre de la calle y número, colonia, alcaldía del usuario y del testigo.
7	Identificación	Los datos de la identificación oficial que proporcione el usuario y el testigo.

Clave 3B13-009-192



ANEXO 18

**Propiedad intelectual, derechos de autor y divulgación
3B13-009-193**



GOBIERNO DE MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

Propiedad intelectual, derechos de autor y divulgación

Yo 1 _____, por medio del presente escrito, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social, para hacer uso de mi imagen en materiales fotográficos o video capturados en esta institución, para la ilustración y difusión de materiales, actividades y eventos.

En los casos, en los que como tutor de la persona usuaria de los servicios del IMSS, si es el caso, autorizo al IMSS para el uso de la imagen de mi representado(a), para los efectos señalados en el párrafo anterior.

Los materiales que se elaboren podrán ser distribuidos en todo el país por cualquier medio de comunicación e información y por tiempo indefinido.

De igual manera, es mi deseo establecer que esta autorización es voluntaria y gratuita, y que de acuerdo a lo señalado en la Ley Federal del Derecho de Autor, el IMSS cuenta con mi autorización para la utilización, reproducción, transmisión, retransmisión, proyecciones, video, gráficas, textos y todo el material suplementario de las actividades que he realizado en las instalaciones del IMSS.

Es importante señalar que mi autorización de uso de imagen al IMSS, se extiende para aquellos espacios que el instituto señale para la grabación o edición de los contenidos.

Es mi deseo que mi imagen sólo se utilizará única y exclusivamente para los fines arriba mencionados, también señalo que dicha autorización podrá ser restringida mediante un escrito dirigido al IMSS al menos con treinta días de anticipación.

ATENTAMENTE

Ciudad de México a 2 _____ de _____ de 20 ____

Nombre y firma del tutor 3 _____

Domicilio 4 _____

Identificación 5 _____

Nombre y firma de la persona 6 _____

Domicilio 7 _____

Identificación 8 _____



ANEXO 18
Propiedad intelectual, derechos de autor y divulgación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
2	Fecha	El día (XX), mes (XX) y año (XXXX) de la firma del documento.
3	Nombre y firma del tutor	Firma autógrafa y nombre de la persona tutora.
4	Domicilio	El nombre de la calle y número, colonia, alcaldía y número del tutor.
5	Identificación	Los datos de la identificación oficial que proporcione el tutor.
6	Nombre y firma de la persona	Firma autógrafa y nombre del usuario.
7	Domicilio	El nombre de la calle y número, colonia, alcaldía del usuario.
8	Identificación	Los datos de la identificación oficial que proporcione el usuario.

Clave 3B13-009-193



ANEXO 19

Evaluación del desempeño del usuario
3B13-009-194



ANEXO 19
Evaluación del desempeño del usuario
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
2	Plan laboral	El nombre del oficio o actividad proyectado a desempeñar.
3	Fechas de capacitación	Fechas de inicio y estimada de terminación del curso.
4	Taller	Nombre del taller o aula en la que se imparte el curso.
5	Curso	Nombre del curso en que está inscrito el usuario.
6	Instructor	Nombre del instructor empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
7	Fechas de avance por semana	Las fechas en las que se brinda la capacitación por semana, nombre del módulo, porcentaje de avance y en su caso comentarios.
8	Descripción final de la competencia en el proceso de Enseñanza-Aprendizaje	Las competencias que alcanzó el usuario, durante el proceso de capacitación para el trabajo.
9	siempre/generalmente/ocasionalmente/casi/nunca/área de oportunidad	De cada competencia adquirida una "X", en el recuadro que corresponda.
10	Firmas	Nombres y firmas del director, de quien elabora y supervisa, así como del usuario.

Clave 3B13-009-194



ANEXO 20

Control de avance
3B13-009-195



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

CONTROL DE AVANCE

PERSONAL INSTRUCTIVO: NOMBRE DEL TALLER		1		3		FECHA DE ELABORACIÓN		4		MATRÍCULA		2	
NOMBRE DEL USUARIO		TIPO DE DISCAPACIDAD		CURSO		ATILICACION DE EVALUACION		AVANCE EN EL CURSO		FECHA INICIO		FECHA FIN	
						INICIAL							
						1a.							
						2a.							
						3a.							
						4a.							
						5a.							
						6a.							
						7a.							
						8a.							
						9a.							
						10a.							
						11a.							
						12a.							
						13a.							
						14a.							
						15a.							
						16a.							
						17a.							
						18a.							
						19a.							
						20a.							
						21a.							
						22a.							
						23a.							
						24a.							
						25a.							
						26a.							
						27a.							
						28a.							
						29a.							
						30a.							
						31a.							
						32a.							
						33a.							
						34a.							
						35a.							
						36a.							
						37a.							
						38a.							
						39a.							
						40a.							
						41a.							
						42a.							
						43a.							
						44a.							
						45a.							
						46a.							
						47a.							
						48a.							
						49a.							
						50a.							
						51a.							
						52a.							
						53a.							
						54a.							
						55a.							
						56a.							
						57a.							
						58a.							
						59a.							
						60a.							
						61a.							
						62a.							
						63a.							
						64a.							
						65a.							
						66a.							
						67a.							
						68a.							
						69a.							
						70a.							
						71a.							
						72a.							
						73a.							
						74a.							
						75a.							
						76a.							
						77a.							
						78a.							
						79a.							
						80a.							
						81a.							
						82a.							
						83a.							
						84a.							
						85a.							
						86a.							
						87a.							
						88a.							
						89a.							
						90a.							
						91a.							
						92a.							
						93a.							
						94a.							
						95a.							
						96a.							
						97a.							
						98a.							
						99a.							
						100a.							
						101a.							
						102a.							
						103a.							
						104a.							
						105a.							
						106a.							
						107a.							
						108a.							
						109a.							
						110a.							
						111a.							
						112a.							
						113a.							
						114a.							
						115a.							
						116a.							
						117a.							
						118a.							
						119a.							
						120a.							
						121a.							
						122a.							
						123a.							
						124a.							
						125a.							
						126a.							
						127a.							
						128a.							
						129a.							
						130a.							
						131a.							
						132a.							
						133a.							
						134a.							
						135a.							
						136a.							
						137a.							
						138a.							
						139a.							
						140a.							
						141a.							
						142a.							
						143a.							
						144a.							
						145a.							
						146a.							
						147a.							
						148a.							
						149a.							
						150a.							
						151a.							
						152a.							
						153a.							
						154a.							
						155a.							
						156a.							
						157a.							
						158a.							
						159a.							
						160a.							
						161a.							
						162a.							
						163a.							
						164a.							
						165a.							
						166a.							
						167a.							
						168a.							
						169a.							
						170a.							
						171a.							
						172a.							
						173a.							
						174a.							
						175a.							
						176a.							



ANEXO 20
Control de avance
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Personal instructor	Nombre del instructor empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Matricula	Número de registro del instructor.
3	Nombre del taller	La descripción del taller o aula en la que se imparte el curso.
4	Fecha de elaboración	La semana que comprende el informe de seguimiento.
5	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
6	Tipo de discapacidad	El nombre de la discapacidad de forma general.
7	Curso	Nombre del curso en que está inscrito el usuario.
8	Aplicación de evaluación	Con una "X", que evaluaciones ha aplicado.
9	Avance del curso	De forma breve el número de módulos y un porcentaje estimado el avance del curso.
10	Fechas de inicio y término	Fechas de inicio y de terminación estimada del curso.
11	Observaciones	Si es necesario, datos relevantes del avance de los usuarios.
12	Firmas	Nombres y firmas del Instructor y del Jefe de Capacitación.

Clave 3B13-009-195



ANEXO 21

Inventario de habilidades del usuario
3B13-009-196



GOBIERNO DE MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo

CECART

Inventario de habilidades del usuario

FECHA:	1	ESTATURA	2
NOMBRE DE USUARIO:	3	NSS:	4
SEXO:	5	EDAD	6

7 Componentes del desempeño funcional

Escala	1	2	3	4	5
1.- Sensoperceptivos					
Discriminación visual					
Discriminación táctil					
Discriminación olfatoria					
Discriminación auditiva					
Discriminación gustativa					
Discriminación del color					
Discriminación de la forma					
Discriminación figura fondo					
Discriminación derecha izquierda					
Discriminación del tamaño de los objetos					
Discriminación de la forma de los objetos					
Velocidad de reacción					
Discriminación de la cantidad de objetos					
Percepción espacial					
Agudeza visual					
Agudeza auditiva					
Campo visual					
Percepción de distancia y profundidad					
Percepción de herramientas					
2.- Neuromusculoesquelético					
Discriminación muscular					
Postura					
Bípeda					
Sedente					
Flexión de tronco					
Rotación de tronco					
Cuclillas					
Cuadrúpeda					
Caminar					
Desplazamiento corporal					
Subir					
Bajar					
Destreza de pies y piernas					
Trepar					
Transportar					
Alcanzar					
Empujar					
Jalar					



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**Centro de Capacitacion y Rehabilitacion para el Trabajo
CECART**

Inventario de habilidades del usuario

Escala	7	1	2	3	4	5
Prenslones y pinzas						
Enganche						
Prensión esférica						
Prensión cilíndrica						
Prensión panorámica						
Pinza fina						
Pinza tridigital						
Pinza latero-lateral						
Pinza termino terminal						
Exactitud						
Precisión motriz						
Pulso						
Agilidad						
Rapidez Motriz						
Destreza Manual y de brazos						
Destreza digital						
Uso de ambas manos						
Coordinación bimanual						
Coordinación de los movimientos independientes de cada mano						
Coordinación mano-pie						
Coordinación mano-pie-ojo						
Neuromuscular						
Fuerza manual						
Fuerza en los brazos						
Fuerza en las piernas						
Resistencia						
Control postural						
Alineamiento postural						
Tolerancia a la actividad						
Componentes cognitivos						
Orientación						
Atención						
Concentración						
Memoria a corto plazo						
Memoria a largo plazo						
Pensamiento deductivo						
Pensamiento inductivo						
Razonamiento abstracto						
C) competencias comportamentales						
Orientación a resultados						
Transparencia						
Compromiso con la organización						
Iniciativa						
Perseverancia						
Habilidad para la resolución de problemas						
Capacidad para desempeñarse en interiores y exteriores						
Capacidad para desempeñarse en clima cálido						
Capacidad para desempeñarse en clima frío						
Capacidad para desempeñarse en clima húmedo						



GOBIERNO DE
MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

Inventario de habilidades del usuario

Observaciones

8

Categoría de la escala de funcionalidad	Puntuación
0% al 4% Independiente (ninguna dificultad o insignificante)	1
5% al 24% Limitación leve (poca o escasa dificultad)	2
25% al 49% Limitación moderada (media o regular dificultad)	3
50% al 95% limitación severa	4
96% al 100% Extrema (dependiente total)	5

Clave 3B13-009-196



ANEXO 21
Inventario de habilidades del usuario
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), de la evaluación.
2	Estatura	En metros con decimales la estatura del usuario.
3	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
4	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social del usuario.
5	Sexo	Masculino o femenino, según el caso.
6	Edad	Número de años cumplidos al momento de la evaluación.
7	Componentes del desempeño funcional	Una X en la escala que corresponda.
8	Observaciones	Los puntos relevantes que considere para seguimiento.



ANEXO 22

**Informe diario de supervisión de seguridad e higiene
3B13-009-197**



CENTRO DE CAPACITACION Y REHABILITACION PARA EL TRABAJO
CECART

INFORME DIARIO DE SUPERVISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

1 de 20

Ciudad de México a _____ de _____ de 20__

TALLER	HORA INICIO	TOTAL PRESENTES	OBSERVACIONES A LA ERGONOMIA, HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TALLER	SOLUCIÓN PROPUESTA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES AL EQUIPO DE SEGURIDAD DEL SUARIO	SOLUCIÓN PROPUESTA	RESPONSABLE	HORA FINAL
MANUFACTURA									
ELECTRICIDAD	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ELECTRONICA									
COMPUTO									
SERVICIOS									
CARPINTERIA BANISTERIA INST. H. B.									
OTRO									

11

NOMBRE Y FIRMA _____



ANEXO 22
Informe diario de supervisión de seguridad e higiene
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XX), en la que se lleva a cabo el recorrido de supervisión.
2	Hora de inicio	Hora en la que se inicia la supervisión en el taller o aula seleccionada.
3	Total de presentes	Número de personas que se encuentran dentro del taller o aula a supervisar.
4	Observaciones al equipo de seguridad de usuarios	Condición, acto o ajuste en las instalaciones del taller o aula requerido para el desempeño de las actividades de capacitación del usuario.
5	Solución propuesta	Posible solución de la observación sobre ergonomía, higiene y seguridad dentro del taller o aula.
6	Responsable	El nombre de quien o quienes deben intervenir en la solución sobre lo detectado en las observaciones de ergonomía, higiene y seguridad del taller o aula.
7	Observaciones al equipo de seguridad de usuarios	Condiciones de funcionamiento de los equipos utilizados en el taller o aula.
8	Solución propuesta	Posible solución de la observación sobre seguridad al equipo del taller o aula.
9	Responsable	Nombre de quien o quienes deben intervenir en solución sobre lo detectado en las observaciones a los equipos del taller o aula.
10	Hora final	Hora en el que se finaliza la supervisión.
11	Nombre y firma	Nombre completo y firma de quien elaboró.

Clave 3B13-009-197



ANEXO 23

**Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART
3B13-009-198**



GOBIERNO DE MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CECART

Folio: **1**

2 Fecha: / /
Día Mes Año

Uno de los **objetivos** del **CECART**, es brindar un *servicio de excelencia*, es por ello que nos preocupamos por la plena *satisfacción* de las personas con discapacidad, por lo que le pedimos contestar éste cuestionario que nos ayudará a *identificar y fortalecer* nuestras áreas de oportunidad con el fin de *brindar* un mejor servicio, le recordamos que sus respuestas son *confidenciales*.

Instrucciones: A continuación se le hará una serie de preguntas y marcará con una cruz la respuesta que se aproxime lo que usted considera que es la respuesta correcta.

Sexo: (H)₁ (M)₂ **3** Fecha de nacimiento: **4** / /
Día Mes Año

ATENCIÓN AL PÚBLICO

- 1.- La recepción está en un lugar visible: **5**
Sí₁ () No₂ ()
- 2.- Cuando llegó por primera vez al CECART, ¿Cómo fue el trato de la gente de "Atención al público"? **6**
Muybueno₁ () Bueno₂ () Regular₃ () Malo₄ () Muymalos ()
- 3.- La apariencia de la gente de "Atención al público" le pareció: **7**
Muybuena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muymalas ()
- 4.- ¿Cómo califica la atención y amabilidad que le brindó la gente de "Atención al público"? **8**
Muybuena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muymalas ()
- 5.- ¿El personal de "Atención al público" siempre aclaró todas sus dudas? **9**
Sí₁ () No₂ ()
Si su respuesta fue **No**, mencione los **motivos**: **10**

- 6.- ¿Considera que el personal de "Atención al público" hizo un correcto uso de sus documentos? **11**
Sí₁ () No₂ () **12**
Si su respuesta fue **No**, mencione los **motivos**: **12**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CECART

TRABAJO SOCIAL:

- 7.- Cómo considera la atención y amabilidad de las Trabajadoras Sociales. **13**
Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy malas₅ ()
- 8.- La forma en la que la Trabajadora Social le explicó el funcionamiento y las actividades del CECART fue: **14**
Muy completa₁ () Completa₂ () Suficiente₃ () Deficiente₄ () Muy deficientes₅ ()
- 9.- La orientación y ayuda de las Trabajadoras Sociales para el llenado de sus formatos fue: **15**
Muy completa₁ () Completa₂ () Suficiente₃ () Deficiente₄ () Muy deficientes₅ ()
- 10.- Las Trabajadoras Sociales le explicaron y atendieron todas sus dudas y necesidades en el momento de su inscripción al CECART.
Si₁ () No₂ () **16**
- Si su respuesta fue **No**, mencione los motivos: **17** _____
- 11.- La orientación de las Trabajadoras Sociales para la elección de su taller fue: **18**
Muy completa₁ () Completa₂ () Suficiente₃ () Deficiente₄ () Muy deficientes₅ ()
- 12.- En general cómo califica el servicio que le brindó el departamento de Trabajo Social. **19**
Muy bueno₁ () Bueno₂ () Regular₃ () Malo₄ () Muy malo₅ ()

Clave 3B13-009-198



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CECART

PSICOLOGÍA:

- 13.- ¿Cómo considera la atención y amabilidad de la Psicóloga? **20**
 Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 14.- ¿A Cuántas sesiones acudió con la Psicóloga? **21** _____
- 15.- ¿Considera que en esas sesiones se le dio un seguimiento adecuado a su situación? **22**
 Sí₁ () No₂ ()
- Por que? **23** _____

- 16.- El trato y la atención de la Psicóloga en el momento de su entrevista inicial fue: **24**
 Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 17.- Cómo considera que fue la asesoría y orientación que le brindó la psicóloga para la elaboración de su curriculum vitae y la preparación o ensayo de su entrevista de trabajo. **25**
 Muy completa₁ () Completa₂ () Suficiente₃ () Deficiente₄ () Muy deficiente₅ ()
- 18.- Considera que las recomendaciones que le dio la psicóloga para su entrevista de trabajo fueron: **26**
 Muy completas₁ () Completas₂ () Suficientes₃ () Deficientes₄ () Muy deficientes₅ ()
- 19.- La psicóloga siempre aclaró sus dudas y necesidades de forma oportuna y clara: **27**
 Sí₁ () No₂ ()
- Si su respuesta fue No, mencione los motivos: **28** _____

- 20.- En general cómo califica el servicio brindado en el Departamento de Psicología. **29**
 Muy bueno₁ () Bueno₂ () Regular₃ () Malo₄ () Muy malo₅ ()

Clave 3B13-009-198



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS SERVICIOS DEL CECART

GESTORÍA OCUPACIONAL

- 21.- Cómo considera la atención y amabilidad de la Gestora Ocupacional que le asignaron. 30
 Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 22.- El trato y la atención de la Gestora Ocupacional en el momento de su entrevista inicial fue: 31
 Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 23.- ¿A cuántas sesiones acudió con su Gestora? 32 _____
- 24.- La Gestora Ocupacional estuvo al pendiente de sus habilidades y experiencia profesional para la búsqueda de un empleo
 Si₁ () No₂ () 33
 Si su respuesta fue No, mencione los motivos: 34 _____
- 25.- La orientación para la búsqueda de un empleo fue: 35
 Muy completa₁ () Completa₂ () Suficiente₃ () Deficiente₄ () Muy deficiente₅ ()
- 26.- Las recomendaciones dadas por la Gestora Ocupacional para la búsqueda de un empleo fueron: 36
 Muy completas₁ () Completas₂ () Suficientes₃ () Deficientes₄ () Muy deficientes₅ ()
- 27.- En general cómo califica el servicio brindado en el Departamento de Gestoría Ocupacional. 37
 Muy bueno₁ () Bueno₂ () Regular₃ () Malo₄ () Muy malo₅ ()



ANEXO 23
Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio	El número de encuesta según la secuencia de folios para la encuesta.
2	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), en el que se aplica la encuesta.
3	Sexo	Una X en hombre o mujer según sea el caso.
4	Fecha de nacimiento	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX).
5-12	Atención al Público (recepción)	Una "X" según corresponda, si la recepción se encuentra a la vista, la calidad en la atención, información de sobre operación de centro, actitud de servicio al usuario, conocimiento del llenado de todos los formatos.
13-19	Trabajo Social	Una "X" según corresponda, si la calidad de atención y el trato del área de trabajo social, orientación, recomendaciones para la elección del taller fueron suficientes y claras.
20-29	Psicología	Una "X" según corresponda, si la calidad de la atención y el trato del área de psicología clínica, orientación, recomendaciones para entrevista de trabajo, sesiones suficientes.
30-37	Gestoría Ocupacional	Una "X" según corresponda, si la calidad de la atención y trato es Muy buena, Buena, Regular, Mala o Muy mala. Y la respuesta a las preguntas abiertas 32 y 34.

Clave 3B13-009-198



ANEXO 24

**Encuesta de satisfacción de curso
3B13-009-199**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENTRE LOS ALUMNOS DEL CECART

De antemano le agradecemos su tiempo para contestar la presente encuesta, la cual nos ayudará a

Sexo: (1) (H) (M) (2) Edad: (3) Fecha: / /
Día Mes Año

Inscrito en el curso de: (4)

Instrucciones: Lea a continuación las frases y sus posibles soluciones, de éstas últimas elija y subraye la que considere es la más apegada a su experiencia dentro de las aulas y talleres del CECART, como aparece en el siguiente ejemplo:

Ejemplo.

El personal docente en general ha sido conmigo:

- a) Cortés y amable
- b) En ocasiones desatento, amable a secas
- c) Descortés, indiferente

- 1.- La relación que mantengo con mi instructor es: (5)
 - a) Excelente y cordial
 - b) Buena y agradable
 - c) Mala y desagradable
- 2.- El instructor del Taller suele ser: (6)
 - a) Puntual casi siempre
 - b) Impuntual en ocasiones
 - c) Casi siempre es impuntual
- 3.- Considero que el instructor que imparte el curso es: (7)
 - a) Preparado y organizado
 - b) Organizado pero con regular preparación
 - c) Desorganizado, poco preparado
- 4.- La voz del instructor la mayor parte del tiempo es: (8)
 - a) Clara y audible
 - b) Apenas audible
 - c) Baja y torpe
- 5.- El instructor toma en cuenta mi escolaridad, mi experiencia y discapacidad al momento de impartir la clase y desarrollar las prácticas: (9)
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCION ENTRE LOS ALUMNOS DEL CECART**

- 6.- El instructor definió las metas y objetivos desde un inicio: **10**
- a) Siempre, claramente y a tiempo
 - b) Ocasionalmente se acordaba de ellas y las comentaba
 - c) No supe de su existencia
- 7.- Mi interés y expectativa por el curso: **11**
- a) Aumento a medida que fui conociendo al instructor
 - b) Considero que fue siempre el mismo interés
 - c) Decayó al ver la poca responsabilidad del instructor
- 8.- El instructor supo explicar los temas: **12**
- a) Claramente y sin rodeos
 - b) Titubeó y explicó con ejemplos
 - c) Consultó sus apuntes constantemente
- 9.- Si tuviera la oportunidad de inscribirme en otro taller: **13**
- a) Lo haría sin dudarlo
 - b) Lo pensaría mucho antes de hacerlo
 - c) Definitivamente no lo haría
- 10.- Considero que el CECART debería: **14**
- a) Revisar el plan de estudios del curso
 - b) Capacitar a sus instructores
 - c) Acondicionar sus instalaciones para mejorar la accesibilidad
 - d) Todas las anteriores
 - e) Ninguna de las anteriores
- 11.- Si pudiera invitar a alguien conocido a capacitarse al CECART: **15**
- a) Lo haría sin pensarlo dos veces
 - b) No se me había ocurrido/No conozco a alguien
 - c) Definitivamente no lo haría
- 12.- Ante las dudas del grupo y las mías personales, el instructor: **16**
- a) Siempre contestó mis dudas
 - b) Contestó, pero tuvo que consultar sus apuntes
 - c) En el momento no me sacó de mis dudas
- 13.- Las prácticas que utilizó el instructor en cada tema: **17**
- a) Hicieron mas sencilla mi comprensión
 - b) Fortalecen mi entendimiento
 - c) El tiempo designado a la práctica es insuficiente
 - d) Las prácticas no presentaron ninguna ventaja o beneficio en mi aprendizaje



GOBIERNO DE MÉXICO



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCION ENTRE LOS ALUMNOS DEL CECART**

- 14.- La duración del curso la considero: **18**
- a) Necesario y suficiente
 - b) Insuficiente, faltan horas
 - c) Demasiadas horas, sobra tiempo

- 15.- Al final de cada clase se hace un resumen de lo visto en el día: **19**
- a) Siempre es necesario reafirmar lo estudiado en clase, con un resumen final por c
 - b) Rara vez se hace repaso del tema y se aboca sólo a la práctica
 - c) Se deja un tiempo al final para resolver dudas de lo visto en el mismo día

Sugerencias: **20**

Agradecemos el valioso tiempo que ha invertido en resolver el presente cuestionario de

En el IMSS seguimos trabajando



ANEXO 24
Encuesta de satisfacción del curso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Sexo	Sexo del usuario que responde la encuesta, Hombre o Mujer.
2	Edad	El número de años cumplidos.
3	Fecha	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), en que responde la encuesta.
4	Inscrito en el curso de	El nombre del curso, en este caso sin incluir clave SIPSI.
5	La relación que mantengo con mi instructor es	La opción sobre la percepción que tiene el usuario con relación al trato que recibe del instructor.
6	El instructor del Taller suele ser	La opción sobre la percepción que tiene de la puntualidad del instructor, así como la hora de inicio de la clase.
7	Considero que el instructor que imparte el curso es	La opción sobre la percepción que tiene de la preparación del instructor, así como de la organización que tiene en clase.
8	La voz del instructor la mayor parte del tiempo es	La opción sobre el volumen de voz que utiliza el instructor y si es audible en todo el espacio físico del taller o aula y escuchado claramente.
9	El instructor toma en cuenta mi escolaridad, mi experiencia y mi Discapacidad al momento de impartir la clase y desarrollar las prácticas	La opción sobre la empatía que establecen instructor-usuario en su relación enseñanza-aprendizaje y que es tomada en cuenta con este último propósito.

Clave 3B13-009-199



ANEXO 24
Encuesta de satisfacción del curso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	El instructor definió las metas y objetivos desde un inicio	La opción sobre si el instructor dio a conocer desde un inicio los alcances del proceso enseñanza-aprendizaje con el fin de que en el avance parcial y total se vayan cumpliendo los objetivos de dicho proceso.
11	Mi interés y expectativa por el curso	La opción sobre el interés inicial del usuario, así como, el crecimiento del interés que provocó el instructor.
12	El instructor supo explicar los temas	La opción sobre las técnicas psicopedagógicas que el instructor empleó en su clase y prácticas.
13	Si tuviera la oportunidad de inscribirme en otro curso	La opción sobre si el usuario estaría interesado en alguna otra opción de aprendizaje que el CECART imparte.
14	Considero que el CECART debería	La opción sobre las áreas de oportunidad que desde el punto de vista del usuario debería aplicar el CECART.
15	Si pudiera invitar a alguien conocido a capacitarse al CECART	La opción sobre si el usuario estaría interesado en invitar a alguna otra persona debido a que le ha parecido valiosa la aportación del CECART a la vida de las personas con discapacidad.
16	Ante las dudas del grupo y las más personales, el instructor	La opción sobre las dudas resueltas por el instructor y que desde el punto de vista del usuario fueron valiosas para el proceso enseñanza-aprendizaje.



ANEXO 24
Encuesta de satisfacción del curso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
17	Las prácticas que utilizó el instructor en cada tema	La opción sobre cómo califica las prácticas que realizó en su estancia en CECART.
18	La duración del curso la considero	La opción sobre la percepción que tiene el usuario de la duración del curso, así como la percepción aprovechamiento-duración del curso.
19	Al final de cada clase se hace un resumen de lo visto en el día	La opción sobre si al final de cada clase se realiza un resumen de los vistos durante el día.
20	Sugerencias	De manera breve y concisa describa las necesidades específicas no contempladas en la encuesta, por ejemplo, limpieza del área, iluminación, y consideraciones varias.

Clave 3B13-009-199



ANEXO 25

**Informe final de capacitación del usuario
3B13-009-200**



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

INFORME FINAL DE CAPACITACIÓN DEL USUARIO

No.	NOMBRE DEL INSTRUCTOR	NOMBRE DEL USUARIO	TIPO DE CALIFICADO	CURSO	MÓDULOS	% AVANCE	EVALUACIÓN		FECHA INICIO	FECHA FIN	PROBLEMAS
							INICIAL	FINAL			
1	1	2	3	4	5	6	7	8			9
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
ACUERDOS DEL GTR											
1											
2											10
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											



ANEXO 25
Informe final de capacitación del usuario
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre del instructor	Nombre del instructor empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
3	Tipo de discapacidad	El nombre de la discapacidad de forma general.
4	Curso	Nombre del curso en que está inscrito el usuario.
5	Módulos	El número de módulos concluidos.
6	Porcentaje de avance	Porcentaje aproximado del avance del curso.
7	Evaluación	El resultado de la evaluación inicial y en su caso la final.
8	Fecha	Fechas de inicio y de terminación estimada del curso.
9	Problemáticas	Las variables detectadas que ralenticen la incorporación laboral en materia de capacitación para el trabajo.
10	Acuerdos del GTR	Las indicaciones relativas a la capacitación para el trabajo, indicada por le GTR.

Clave 3B13-009-200



ANEXO 26

Intermediación laboral
3B13-009-201



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

INTERMEDIACIÓN LABORAL

Datos personales

No. Expediente: 1 Ingreso: 2 Pensión: 3 Régimen: 4 Talleres propuestos: 5

Diagnóstico médico: 6

Nombre del postulante: 7 Afiliación: 8 UMF: 9

Edad: 10 Escolaridad: 11 Estado civil: 13

Sexo: 12

Domicilio: 14 Teléfono de casa: 15

Correo electrónico: 16 Teléfono celular: 17

Datos de referencia (familiar/acompañante/vecino) Nombre del Familiar/acompañante o vecino: 18

Correo electrónico: 19 Teléfono celular: 20

Ingresos mensuales (Medición basal)

+ + =

Pensión Ingresos familiares Otros ingresos Ingresos Iniciales (medición basal)

Totales por mes

Colocación en el sector laboral (Medición basal)

Actividad laboral actual 22

Clave 3B13-009-201



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

**CECART
INTERMEDIACIÓN LABORAL**

Datos escolares 23

Último grado de estudios _____ Años cursados _____ Otros estudios _____

Datos laborales 24

Último empleo _____ antigüedad en el puesto _____
 Domicilio _____ Teléfonos _____
 Actividades desempeñadas _____

Oficios o habilidades 25

Oficios	Conocimientos	Habilidades	Herramientas que maneja	Tiempo



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
INTERMEDIACIÓN LABORAL

Diagnóstico de discapacidad

Tipo de discapacidad **26** Diagnóstico **27**

¿Como adquirió su discapacidad? **28**

¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo se siente ante su discapacidad? **29**

Expectativas **30** **31**

Plan Laboral

Empresa/actividad/ Justificación

Empleo Formal*

Autoempleo

Pymes **32**

*Deberá gestionar preferentemente la reincorporación en un empleo formal, de no ser posible, deberá justificar y documentar mediante minutas, respuestas escritas por correo de empresas, preferencia por escrito de la persona con discapacidad, entre otros; las razones por las que no es posible la reincorporación laboral.

Pronóstico Laboral

33

Costura Ocupacional **34** Matrícula: **35** Fecha: **36**

Clave 3B13-009-201



ANEXO 26
Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	No. Expediente	El número de folio asignado por Trabajo Social al usuario cuando fue inscrito.
2	Ingreso	El número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX), de la fecha de ingreso al curso de capacitación para el trabajo.
3	Pensión	El tipo de pensión del usuario (invalidez, incapacidad parcial permanente).
4	Régimen	El tipo de régimen por el cual se pensionó, sea el de 1973 o 1997.
5	Cursos propuestos	El nombre de los cursos a los cuales se inscribió el usuario.
6	Diagnóstico médico	El tipo de discapacidad y factores asociados del usuario.
7	Nombre del candidato	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del usuario.
8	Afiliación	El número de afiliación al IMSS del usuario.
9	UMF	Número de la unidad de adscripción que le corresponde, así como consultorio y turno en el que recibe la atención médica.
10	Edad	El número de años cumplidos del usuario.
11	Sexo	Masculino o Femenino, según corresponda al usuario.
12	Escolaridad	El nivel académico comprobable del usuario.
13	Estado civil	Estado civil del usuario, pudiendo ser: casado, soltero, viudo, etc.

Clave 3B13-009-201



ANEXO 26
Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
14	Domicilio	Calle, número exterior, número interior, colonia, alcaldía o municipio, código postal y ciudad, del usuario.
15	Teléfono de casa	El número de teléfono, del domicilio del usuario u otro número en el que se le pueda dejar recado.
16	Correo electrónico	Dirección electrónica del usuario, en caso de tenerla de lo contrario el espacio queda en blanco.
17	Teléfono celular	Número de teléfono celular del usuario.
18	Nombre del Familiar/acompañante o vecino.	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del usuario del familiar, acompañante o vecino.
19	Correo electrónico	Dirección electrónica del familiar/acompañante o vecino, en caso de tenerla de lo contrario el espacio queda en blanco.
20	Teléfono celular	Número de teléfono celular del familiar/acompañante o vecino.
21	Ingresos mensuales (medición basal)	Monto total de la percepción por la pensión del usuario que incluye pensión ingresos familiares y otros ingresos.
22	Actividad laboral actual	La actividad de trabajo que desarrolla el usuario actualmente.
23	Datos escolares adicionales	Otros estudios y años cursados del usuario.
24	Datos laborales	Ultimo empleo, antigüedad, actividades y datos de contacto.

Clave 3B13-009-201

ANEXO 26



Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
25	Oficios y habilidades	El nombre del o los oficios que conoce, conocimientos y habilidades adquiridas, así como manejo de herramientas y el tiempo que estuvo desempeñando estos oficios.
26	Tipo de discapacidad	El nombre de la discapacidad, ésta puede ser física, sensorial, intelectual, mental o múltiple.
27	Diagnóstico	La descripción médica de la discapacidad.
28	¿Cómo adquirió su discapacidad?	El móvil por el que se presentó la discapacidad, (accidente, enfermedad general), el lugar y la fecha del evento.
29	¿Cómo se siente ante su discapacidad?	El estado emocional, actitudinal, físico actual del usuario.
30	Expectativas	De manera descriptiva lo que desea lograr con la capacitación y que es lo que espera el usuario respecto a su situación laboral.
31	Diagnóstico laboral	Resumen de la situación laboral del usuario la cual se cataloga como: empleado, desempleado, subempleado y también se considera la experiencia como: mínima (3 meses de haber laborado), amplia, (6 meses en adelante de haber laborado) nula experiencia, (no haber laborado nunca).
32	Plan laboral	Las actividades a realizar por el Analista de Enseñanza Técnica o Gestor Ocupacional, de acuerdo a los requerimientos o necesidades del caso.

Clave 3B13-009-201

ANEXO 26



Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
33	Pronóstico laboral	La conclusión que emite el Analista de Enseñanza Técnica o Gestor Ocupacional, de acuerdo al análisis realizado, de la investigación general de la persona con discapacidad el cual puede ser a corto, mediano o largo plazo según corresponda al caso, agregando al área de inclusión que pueda ser candidato en el caso de empleo formal y/o autoempleo, así como el no ser candidato a la reincorporación laboral.
34	Analista de enseñanza técnica o Gestor Ocupacional	Apellido paterno, materno y nombre(s) del Analista de Enseñanza Técnica o Gestor Ocupacional que sea asignado al caso.
35	Matrícula	El número de matrícula del Analista de Enseñanza Técnica o Gestor Ocupacional, asignado al caso del usuario.
36	Fecha	El día (XX), mes (XX) y año (XXXX), en que fue realizada la entrevista.

Clave 3B13-009-201



ANEXO 27

Tarjeta de seguimiento de autoempleo
3B13-009-202



GOBIERNO DE MÉXICO



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART**

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE AUTOEMPLEO

Folio 1

Nombre del usuario 2 UMF 3

Afiliación 4

Domicilio 5 Teléfono 6

Taller y curso 7

Donde ejerce el autoempleo: Vivienda (8) Local (8) Vía pública (8) Otro* (8)

Especifique 9

Domicilio del autoempleo 10

Días hábiles 11 Horario 12

Ingreso aproximado 13

Actividades que realiza 14

Periodo	Fecha	Observaciones
1 ^{er} trim	<u>15</u>	<u>16</u>
2 ^{do} trim		
Anual		

Analista de enseñanza técnica 17

Matrícula 18 Firma 19

Clave 3B13-009-202



ANEXO 27
Tarjeta de seguimiento de autoempleo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio	Número de registro interno en el CECART.
2	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
3	UMF	Número de Unidad de Medicina Familiar que le corresponde al usuario.
4	Afiliación	El número de afiliación al IMSS.
5	Domicilio	Calle, número, colonia, código postal, alcaldía o municipio, y ciudad, del usuario.
6	Teléfono	Número telefónico, fijo o móvil, en donde se pueda localizar.
7	Taller y Curso	El nombre del taller o aula y el curso del cual egresó.
8	Donde ejerce el autoempleo	Con una X la opción que corresponda, en caso de señalar "otro", complete el renglón siguiente.
9	Especifique	El sitio donde desempeña el autoempleo si marcó la opción de "otro" en el dato número 8.
10	Domicilio del autoempleo	Calle, número, colonia, delegación o municipio, código postal y ciudad donde trabaja.
11	Días hábiles	Los días en que ofrece sus servicios.
12	Horario	Su horario de inicio y de finalización de actividades.
13	Ingreso aproximado	Ingreso quincenal aproximado en moneda nacional (libre de cuotas, renta, insumos, etc.).

Clave 3B13-009-202



ANEXO 27
Tarjeta de seguimiento de autoempleo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
14	Actividades que realiza	Brevemente las actividades que realiza en su autoempleo.
15	Fecha	El día, el mes y el año en que fue realizado el primer, segundo y tercer seguimiento de supervisión.
16	Observaciones	Aspectos relevantes relacionados con el lugar de trabajo, seguridad, condiciones generales, especificar si pertenece a alguna organización de comerciantes o sindicato, aportaciones a la delegación o cuotas, posibilidades de regularización.
17	Analista de enseñanza técnica	Apellido paterno, apellido materno y el nombre del Analista de Enseñanza Técnica que acude a realizar el seguimiento.
18	Matrícula	Número de matrícula IMSS del Analista de Enseñanza Técnica.
19	Firma	Firma o rúbrica del Analista de Enseñanza Técnica.



ANEXO 28

Carta de presentación
3B13-009-203



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CARTA DE PRESENTACIÓN

Ciudad de México, a de, de **1**

Oficio **2**

C. **3**
Nombre del representante
Cargo **4**
Empresa **5**
PRESENTE

Estimado empresario, el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, respetuosamente presenta y recomienda ampliamente al C. **6** egresado(a) del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), a quien se le proporcionaron los conocimientos y se le desarrollaron habilidades y destrezas en el curso denominado **7** alineado a norma técnica de competencia laboral.

Por otro lado resalto los aspectos más significativos de la experiencia laboral y formación académica del aspirante en cuestión: **8**

Por lo anterior y de no existir inconveniente, mucho le agradeceré considerar al trabajador como posible recurso humano dentro su plantilla.

Sabedor de su alto sentido social, agradezco de antemano la atención que se sirva dar a la presente y le envío un afectuoso saludo.

**ATENTAMENTE
EL DIRECTOR**

9



ANEXO 28
Carta de presentación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El número de día (dd), mes (denominación completa del mes) y año (aaaa), de acuerdo a la fecha en que se elabora el documento. Por ejemplo: 04 de enero de 2021.
2	Oficio	El número progresivo de acuerdo al control de correspondencia de la unidad.
3	Nombre del representante	El nombre de la persona-enlace a la que va dirigida la carta de presentación.
4	Cargo	El cargo de la persona-enlace a la que va dirigida la carta de presentación.
5	Empresa	El nombre de la empresa que representa la persona-enlace a quien va dirigida la carta de presentación.
6	C	El nombre completo del usuario.
7	Curso denominado	El nombre del curso que le fue impartido al usuario en el CECART.
8	Formación académica del aspirante en cuestión:	Los aspectos más significativos en relación a la experiencia laboral y formación académica del usuario.
9	Nombre y firma	El nombre y firma del Director del CECART.

Clave 3B13-009-203



ANEXO 29

Tarjeta de seguimiento de empleo formal
3B13-009-204



GOBIERNO DE MÉXICO



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CE CART
TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMPLEO FORMAL**

Folio 1

2

Nombre del usuario _____ UMF 3

Afiliación 4 _____ Vigencia 5

Domicilio 6 _____ Teléfono 7

Taller y curso 8 _____

Lugar donde ejerce su empleo: 9 Matriz () Sucursal () Otro* ()

Especifique 10 _____

Domicilio de la empresa 11 _____

Días hábiles 12 _____ Horario 13 _____

Ingreso aproximado 14 _____

Actividades que realiza 15 _____

Periodo	Fecha	Observaciones
1 ^{er} trim	<u>16</u>	<u>17</u>
2 ^{do} trim		
Anual		

Gestor ocupacional 18 _____

Matrícula 19 _____ Firma 20 _____

Clave 3B13-009-204



ANEXO 29
Tarjeta de seguimiento de empleo formal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio	Número de folio de registro interno en el CECART.
2	Nombre del usuario	Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario.
3	UMF	Número de unidad de medicina familiar que le corresponda.
4	Afiliación	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social.
5	Domicilio	Calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio y ciudad.
6	Teléfono	Número telefónico, fijo o móvil, en donde se pueda localizar al usuario.
7	Taller y curso	El nombre del taller o aula y el curso en el cual fue inscrito y del cual egresó.
8	Lugar donde ejerce su empleo	Una "X" la opción que corresponda, en caso de señalar "otro", complete el renglón siguiente.
9	Especifique	El sitio donde desempeña el empleo si marcó la opción de "otro" en el dato número 8.
10	Domicilio de la empresa	Calle, número, colonia, alcaldía o municipio, código postal, y ciudad de la empresa en que trabaja.
11	Días hábiles	Los días en que acude a laborar.

Clave 3B13-009-204



ANEXO 29
Tarjeta de seguimiento de empleo formal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Horario	Hora de entrada y su hora de salida del empleo.
13	Ingreso aproximado	Ingreso quincenal aproximado en moneda nacional (libre de impuestos y deducciones y cuotas).
14	Actividades que realiza	Brevemente las actividades propias del puesto del usuario.
15	Fecha de seguimiento del primer y segundo trimestre y anual	El día, el mes y el año en que fueron realizados los seguimientos de supervisión.
16	Observaciones	Aspectos relevantes relacionados con accesibilidad, puesto, convivencia, relaciones trabajador-superiores, condiciones generales y contractuales de trabajo, entre otras observaciones.
17	Gestor Ocupacional	Nombre completo del Gestor Ocupacional que acude a realizar el seguimiento.
18	Matrícula	Número de matrícula IMSS del Gestor Ocupacional.
19	Firma	Firma o rúbrica del Gestor Ocupacional.



ANEXO 30

**Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo
3B13-009-205**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
INFORME DE VISITA DE SUPERVISIÓN AL LUGAR DE TRABAJO

SERVICIO DE SEGURIDAD E HIGIENE

I. NOMBRE DE LOS VISITADORES: _____ (1) _____

II. VISITA: INICIAL: _____ (2) _____ FINAL: _____ (3) _____

III. LUGAR, FECHA, HORA: _____ (4) _____

IV. NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ (5) _____

V. GIRO EMPRESARIAL: _____ (6) _____

VI. NOMBRE DEL EGRESADO: _____ (7) _____

VII. PUESTO/CARGO DEL EGRESADO: _____ (8) _____

VIII. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: _____ (9) _____

IX. HORARIO DE TRABAJO: DE _____ A _____ (10) HORAS, LOS DÍAS _____

X. NOMBRE DEL RESPONSABLE DE RECURSOS O TALENTO HUMANO: _____ (11) _____

XI. DIAGNOSTICO, TIPO DE DISCAPACIDAD: _____ (12) _____

XII. CURSO DEL EGRESADO: _____ (13) _____



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
INFORME DE VISITA DE SUPERVISIÓN AL LUGAR DE TRABAJO

SERVICIO DE SEGURIDAD E HIGIENE

PRIMERA PARTE: ASPECTOS GENERALES DE ACCESIBILIDAD, ENTORNO Y AMBIENTE LABORAL

CONDICIÓN/SITUACIÓN		SI	NO
1	El trabajador cuenta con transporte propio:		
2	El trabajador se traslada en transporte público:		14
3	El acceso principal cuenta con modificaciones ó adaptaciones para personas con discapacidad:		
4	Existen barreras arquitectónicas para el trabajador del acceso principal a su puesto de trabajo:		
5	Existen modificaciones recientes en la accesibilidad que faciliten la llegada del trabajador a su puesto de trabajo:		
6	Persisten barreras arquitectónicas desde el acceso principal al puesto del trabajador:		
7	Existen riesgos arquitectónicos para el trabajador:		
8	La señalización es adecuada:		
9	Existen sanitarios adaptados para personas con discapacidad:		
10	Existen cajones de estacionamiento designados para personas con discapacidad:		
11	El trabajador cuenta con herramienta especial de acuerdo a sus funciones y a su discapacidad:		
12	El trabajador cuenta con herramienta modificada:		
13	Si el trabajador emplea maquinaria, ésta cuenta con adaptaciones sencillas:		
14	El mobiliario del puesto de trabajo es el adecuado:		
15	El mobiliario del puesto de trabajo cuenta con modificaciones y adaptaciones para el trabajador:		
16	Las tareas del puesto de trabajo han sido modificadas o redistribuidas:		
17	El horario del trabajador ha sido adaptado o modificado:		
18	Los descansos han sido adaptados de acuerdo a las necesidades o solicitud del trabajador:		
19	El trabajador ha sido víctima de discriminación por parte de sus superiores:		
20	El trabajador ha sido víctima de discriminación por parte de sus compañeros de trabajo:		

Clave 3B13-009-205



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART**

SERVICIO DE SEGURIDAD E HIGIENE

SEGUNDA PARTE: ASPECTOS ESPECÍFICOS DE ACCESIBILIDAD, ENTORNO Y AMBIENTE LABORAL.

CONDICION/SITUACION	FACILITADOR	BARRERA	NO INFLUYE
1 Temperatura en el área de trabajo:			
2 Iluminación en el área de trabajo:			
3 Contaminación, aire tóxico o nocivo:			
4 Ruido:			15
5 Vibraciones:			
6 Radiaciones:			
7 Olores desagradables:			
8 Horario de trabajo:			
9 Comedor y alimentos:			
10 Herramientas:			
11 Maquinaria:			
12 Aditamentos de trabajo:			
13 Sueldo:			
14 Prestaciones:			
15 Ambiente laboral:			
16 Sensibilización de los compañeros de trabajo:			
17 Sensibilización de los jefes en el trabajo:			
18 Compañerismo en el puesto de trabajo:			
19 Redes de apoyo familiar:			
20 Trámites de alta/baja ante el Instituto:			
21 Necesidades de carga en el puesto de trabajo:			
22 Necesidades de arrastre en el puesto de trabajo:			
23 Tiempo de pie en el puesto de trabajo:			
24 Tiempo sentado en el puesto de trabajo:			
25 Movimientos repetitivos de las extremidades superiores en el puesto de trabajo:			
26 Movimientos repetitivos de las extremidades inferiores en el puesto de trabajo:			
27 Ritmo de trabajo:			
28 Tensión en el puesto de trabajo:			
29 Responsabilidad del cargo:			
30 Interacción con otras áreas de la empresa:			

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DEL MES DE _____ **16** _____ DEL AÑO DE 20 _____

SIENDO LAS _____ HORAS CON _____ MINUTOS.

GESTOR OCUPACIONAL A CARGO DEL TRABAJADOR: _____ **17** _____

REALIZÓ: **18** _____

FIRMA: _____ **19** _____



ANEXO 30
Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de los visitantes	Nombre completo del Técnico de Seguridad e Higiene y Gestor Ocupacional.
2	Visita inicial	Con una "X" (Se hace 15 días después de haber ingresado a trabajar el usuario).
3	Visita Final	Con una "X" (Se hace a los 6 meses de estar laborando el usuario).
4	Lugar, fecha y hora	Dirección completa, el número de día (XX), mes (XX) y año (XXXX) y la hora en que se lleva a cabo.
5	Nombre de la empresa	Nombre completo de la empresa o negocio en donde labore el usuario.
6	Giro empresarial	Ramo empresarial en que labora el usuario, ejemplo: servicios, manufactura, etc.
7	Nombre del egresado	Nombre completo del usuario.
8	Puesto/Cargo del egresado	Nombre completo del puesto o cargo que desempeña el usuario.
9	Antigüedad en la empresa	Tiempo que lleva el usuario empleado en el puesto o cargo que desempeña.
10	Horario de trabajo: de__a__horas, los días	Horario y días en el que desempeña sus labores el usuario.
11	Nombre del responsable de recursos o talento humano	Nombre completo de quien contrata.
12	Diagnóstico, tipo de discapacidad	Tipo de discapacidad dictaminada por un médico.

Clave 3B13-009-205



ANEXO 30
Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Curso del egresado	El nombre del curso o cursos que tomó.
14	Primer parte Condición/situación	Con una "X", el dato que corresponda.
15	Segunda parte Condición/situación	Con una "X", el dato que corresponda, sólo podrá señalar una columna de cada pregunta.
16	Lugar, Fecha y horario	El lugar, la fecha y horario de la actividad.
17	Gestor Ocupacional a cargo del trabajador	El nombre completo del Gestor Ocupacional.
18	Realizó	Nombre completo de la persona que realizó la revisión.
19	Firma	Firma de quien realizó la revisión.

Clave 3B13-009-205