



Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
del Municipio de Matehuala, S.L.P.

2018 "AÑO DE MANUEL JOSE OTHON"

MATEHUALA, S.L.P., A 27 DE ABRIL DE 2018

OFICIO: SMDIF/CI/027/2018

ASUNTO: SE SOLICITA EL ACCESO A INFORMACIÓN Y
RECURSOS FINANCIEROS

LIC. DIANA ELIZABETH OROZCO CRUZ
COORDINADORA DE CSM
PRESENTE.

En virtud del cumplimiento del programa de Auditorías e Inspecciones Internas a los distintos departamentos que integran el Organismo Público Descentralizado al SMDIF del Municipio de Matehuala, se envía para llevar a cabo la revisión de los Recursos Financieros Públicos a través de su origen consistentes en **Arqueo de Caja y Revisión Documental**, en el departamento a su cargo, al siguiente personal adscrito a esta Contraloría:

L.C. CLAUDIA LETICIA CASTRO TREJO

Quiénes se identifican con Credencial de elector y con credencial oficial del SMDIF, para quien solicitamos su apoyo y colaboración, a fin de cumplir debidamente su encargo.

Dicha comisión se efectuará con fecha 28 de Abril de 2018.

Lo anterior con fundamento en el Artículo 86 fracción V Capítulo VII Título V de la Ley Orgánica del Municipio Libre del Estado de San Luis Potosí y Artículo 45 Capítulo IV Título III del Reglamento Interno del Organismo Público descentralizado al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

Sin otro particular de momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE


M.A. JUAN CARLOS ZAPATA DAVILA
CONTRALOR INTERNO DEL SMDIF



c.c.p. Archivo


27 de Abril 2018

000031

Boulevard Héroes Potosinos S/N
Tel. 1252700

Col. Centro

Matehuala, S.L.P

ACTA DE AUDITORIA E INSPECCION
CONTRALORÍA INTERNA DEL SMDIF
DEL MUNICIPIO DE MATEHUALA
SAN LUIS POTOSÍ

EN LAS OFICINAS QUE OCUPA EL DEPARTAMENTO DE CASA DE SALUD MENTAL DE MATEHUALA, S.L.P. SIENDO LAS 7:40 HRS. DEL DÍA 27 DE ABRIL DEL 2018, SE PRESENTA LA C. **L.C. CLAUDIA L. CASTRO TREJO**, QUIENES SE IDENTIFICAN SEGÚN ORDEN DE AUDITORIA MEDIANTE OFICIO DE COMISION N° **SMDIF/CI/027/2018** CON FECHA DEL DIA 27 DE ABRIL DE 2018, DE MATEHUALA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, PARA PRACTICAR UNA AUDITORÍA E INSPECCIÓN.

<ul style="list-style-type: none"> Se realizó arqueo de Caja por Cuotas de Recuperación por la cantidad de \$10.00(diez pesos
00/100 m.n) correspondiente al folio 747 del día 26 de abril del 2018.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se revisaron recibos de cobro de cuotas de recuperación disponibles que abarca del 0748 al
0800, mismos que se encuentran en original y dos copias.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitó listado de pacientes de CSM mismo que no se proporcionó.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitó reporte de personas pendientes de pago.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se realizó arqueo de Fondo Fijo de Caja Chica por la Cantidad de \$1,000.00(Mil pesos
00/100 m.n.) de los cuales se entregó documentación comprobatoria que ampara dicha cantidad.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se registró entradas del personal que labora en CSM.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitaron incidencias del personal de CSM.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitó tabulador de cuotas de Recuperación entregándose copia fotostática.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitó Reglamento Interno de CSM mismo que se nos entregó copia fotostática.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitaron expedientes de Pacientes de CSM, entregándoseme 35 expedientes.-----
<ul style="list-style-type: none"> Se solicitó el procedimiento de ingreso a pacientes a CSM, entregándosenos en copia
Fotostática así como también los requisitos para la credencia de los mismos.
-----DIA 30 DE ABRIL DEL 2018-----
Se realizó arqueo de Caja por Cuotas de Recuperación por la cantidad de \$240.00 (dos-
Cientos Cuarenta pesos 00/100 M.N.) Correspondiente al folio 748 del día 27 de abril de 2018.-----

Claudia L. Castro




000032

OBSERVACIONES:

- Se observa que no tiene listado de pacientes de CSM, por lo que se recomienda elaborar Dicho listado con la información indispensable y que se encuentre actualizado.-----
- Se recomienda que se haga mención de las personas que tienen bajas temporales.-----
- Se observa que hay personal que acude después del tiempo de prórroga por lo que se pide se tomen medidas adecuadas para que el personal cumpla con el horario adecuado.-----
- Se observa que el registro diario lo realiza el guardia en turno, por lo que se recomienda Que cada empleado registre su entrada de manera personal.-----
- Se observa que la coordinadora no tiene archivo de incidencias del personal por lo que Se recomienda se implemente dicho archivo con la finalidad de un mejor control.-----
- Se observa que los reportes de Incidencias presentados a Recursos Humanos no Coinciden con los reportes diarios registrados por el guarda por lo que se recomienda que lo Registrado en el libro diario corresponda con las incidencias enviadas a Recursos Humanos del SMDIF.-----
- Se nos comentó que el enfermero Francisco Gallegos Rios cuenta con un permiso para Poder entrar 20 minutos más tarde tres días de la semana dicho permiso fueron autorizados via Verbal por la Sra Estela Cossio Vivanco de los cuales solo se mostraron dos mismos que no se Encuentran actualizados ya que solo abarcan los periodos a octubre 2015 y junio 2016 así mismo Se observa que esta persona acude todos los días de la semana tarde, por lo que se recomienda Se actualice dicho oficio y a su vez sea autorizado por la presidenta del SMDIF y la Coordinadora de CSM.-----
- Se Observa que el reglamento no se cumple al 100% en lo referente a los puntos 13 y 15 Por lo que se recomienda se considere esta situación.-----
- Se Observa que el tabulador de Cuotas de Recuperación no es aplicado al 100% ya que Según la entrevista que se tiene para determinar el costo no coincide en algunos casos ya que se Cobra un poco más o menos según el tabulador por lo que se recomienda elabore oficio----- Aclaratorio de dicha situación.-----

ESTA AUDITORIA TERMINÓ A LAS 10:00 HRS. DEL DIA 30 DE ABRIL DEL 2018, Y SE LEVANTA LA PRESENTE DE CONFORMIDAD CON LAS PERSONAS PRESENTES.


L.C. CLAUDIA L. CASTRO TREJO
AUXILIAR CONTRALORIA


M.A. JUAN CARLOS ZAPATA DAVILA
CONTRALOR INTERNO DEL SMDIF


LIC. DIANA ELIZABETH OROZCO CRUZ
COORDINADORA DE CSM


IDALIA MARIELA LOERA MORENO
RESPONSABLE O TESTIGO



000033

**Incidencias Enviadas Recursos Humanos del mes de ABRIL
(01-15)**

ORL. PUB. DESCENTRALIZADO AL SMDH DEL MUNICIPIO DE MATEHUALA
 REPORTE DE INCIDENCIAS QUINCENA DEL 1 AL 15 DE ABRIL DEL 2016
 PERSONAL DE APOYO DE PRESIDENCIA

No. NOMIN A	NOMBRE	CARGO	CATEGORIA	INCIDENCIAS															FIRMA
				D	L	M	M	J	V	SAB	D	E	S	A	J	V	SAB		
0001	ELVA ROSA LOPEZ	SECRETARIA	CAL	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	

 LIC. GUADALUPE FIGUEROA GARCIA
 CONTADORA DEL SMDH

 MARIA ELEONOR OLIVERO ERAS
 COORDINADORA DE ATENCION
 CASA DE SALUD MENTAL



000044

Oficios de Solicitud de Reposición de Caja Chica

Comuna Municipal para el Desarrollo Local de la Ciudad del Municipio de Matshuala, S.L.P.

DIF
Matshuala

Asunto: COMPROBACIONES
CÓDIGO: (MDU) G. 03/11/14
Matshuala, S.L.P. a 25 de Abril del 2016

C.P. LICIA GUADALUPE ERGUA
CONTADORA DEL IMCA,
PRESENTE.

Por medio de la presente se solicita un servicio urgente, relacionado con una autorización de gastos de manera satisfactoria, al haberse comprobado la comprobación de los datos a su cargo por la cantidad de \$725.00 (setecientos veinticinco y 00/100 pesos m.n.) por concepto de gastos en general para la compra de varios artículos necesarios para los usuarios de Casa de Salud Mental.

Se hace por el momento, diligencias y referir a la contabilidad de apoyo, en cumplimiento de esta normativa reglamentaria.

"ATENCIÓN"

LIC. DALIA MARISLA LOERA MORENO
TRABAJADORA SOCIAL DE CASA DE SALUD MENTAL

DIF
Matshuala
Administración
2015-2016

Verónica Mollán
10/4

Comuna Municipal para el Desarrollo Local de la Ciudad del Municipio de Matshuala, S.L.P.

DIF
Matshuala

Asunto: COMPROBACIONES
CÓDIGO: (MDU) G. 03/11/14
Matshuala, S.L.P. a 25 de Abril del 2016

C.P. LICIA GUADALUPE ERGUA
CONTADORA DEL IMCA,
PRESENTE.

Por medio de la presente se solicita un servicio urgente, relacionado con una autorización de gastos de manera satisfactoria, al haberse comprobado la comprobación de los datos a su cargo por la cantidad de \$725.00 (setecientos veinticinco y 00/100 pesos m.n.) por concepto de gastos en general para la compra de varios artículos necesarios para los usuarios de Casa de Salud Mental.

Se hace por el momento, diligencias y referir a la contabilidad de apoyo, en cumplimiento de esta normativa reglamentaria.

"ATENCIÓN"

LIC. DALIA MARISLA LOERA MORENO
TRABAJADORA SOCIAL DE CASA DE SALUD MENTAL

Verónica Mollán
10/4

000038

Control de Pacientes pendientes de Pago.

CASA DE SALUD MENTAL 2018

PACIENTE	EDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1. GONZALEZ ROSA ROSARIO	34												
2. PEREZ MONTA ANTONIO	40												
3. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
4. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
5. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
6. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
7. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
8. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
9. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
10. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
11. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
12. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
13. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
14. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
15. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
16. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
17. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
18. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
19. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
20. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
21. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
22. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
23. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
24. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
25. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
26. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
27. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
28. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
29. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
30. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												

CASA DE SALUD MENTAL 2018

PACIENTE	EDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
31. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
32. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
33. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
34. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
35. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
36. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
37. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
38. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
39. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
40. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
41. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
42. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
43. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
44. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
45. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
46. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
47. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
48. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
49. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												
50. SUAREZ ROSA ROSARIO	39												



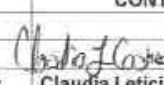
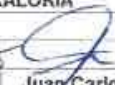
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE MATEHUALA, S.L.P.
ARQUEO DE FONDO FIJO AL 27 DE ABRIL DE 2018
SIENDO LAS 9:45 HRS.
UBICACION DEL FONDO: CASA DE SALUD MENTAL FONDO DE \$1,000.00

BILLETES				
	DENOMINACION	EXISTENCIA	IMPORTE	TOTAL
	1,000.00	CERO	0	
	500.00	CERO	0	
	200.00	CERO	0	
	100.00	CERO	0	
	50.00	CERO	0	
	20.00	CERO	0 \$	
				0

MONEDAS:				
	DENOMINACION	EXISTENCIA	IMPORTE	TOTAL
	20.00	CERO	0	
	10.00	CERO	0	
	5.00	CERO	0	
	2.00	CERO	0	
	1.00	CERO	0	
	0.50	CERO	0	
	0.20	CERO	0	
	0.10	CERO	0 \$	
				0

DOCUMENTOS				
NUMERO	FECHA	PROVEEDOR	IMPORTE	TOTAL
18738	03-abr-18	Pinturas Zaragoza	120	
E31	23-mar-18	Papelera Jorgito	136	
D84	24-mar-18	Electro Gas	78	
729	27-mar-18	Distribuidora Arca	205	
EBF	03-abr-18	Electro Gas	118	
AB0	20-mar-18	WalMart	78	
FC30	10-abr-18	Distribuidora Arca	143.5	
D9A0	06-abr-18	Gabriela Lopez	71.34	
S/N	23-abr-18	Vale provisional de entrega de efectivo	50.16	
			\$	1000
		IMPORTE ARQUEADO		1,000.00
		IMPORTE REGISTRO EN CAJA		1,000.00
		DIFERENCIA		0

Declaro que los fondos aquí detallados, son todos los que existen bajo mi responsabilidad al momento del arqueo, los cuales fueron contados en mi presencia, y me fueron devueltos a mi entera satisfacción.

RESPONSABLE	COORDINADOR	CONTRALORIA	
 Idalia Matassa Loera Moreno	 Diana Elizabeth Orozco Cruz	 Claudia Leticia Castro Trejo	 Juan Carlos Zapata Davila



000036

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE MATEHUALA, S.L.P.
ARQUEO DE FONDO FIJO AL 30 DE ABRIL DE 2018
SIENDO LAS 8:15 HRS.**


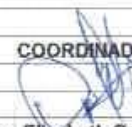
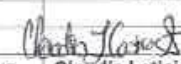

UBICACION DEL FONDO: CASA DE SALUD MENTAL FONDO: CUOTAS DE RECUPERACION

BILLETES				
	DENOMINACION	EXISTENCIA	IMPORTE	TOTAL
	1,000.00	CERO	0	
	500.00	CERO	0	
	200.00	UNO	200	
	100.00	CERO	0	
	50.00	CERO	0	
	20.00	DOS	40 \$	240.00

MONEDAS:				
	DENOMINACION	EXISTENCIA	IMPORTE	TOTAL
	20.00	CERO	0	
	10.00	CERO	0	
	5.00	CERO	0	
	2.00	CERO	0	
	1.00	CERO	0	
	0.50	CERO	0	
	0.20	CERO	0	
	0.10	CERO	0	0

DOCUMENTOS				
NUMERO	FECHA	PROVEEDOR	IMPORTE	TOTAL
			\$	
			\$	\$
				240
		IMPORTE ARQUEADO		240
		IMPORTE REGISTRO EN CAJA		240
		DIFERENCIA		0



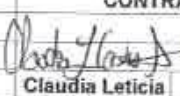
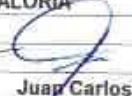
Declaro que los fondos aquí detallados, son todos los que existen bajo mi responsabilidad al momento del arqueo, los cuales fueron contados en mi presencia, y me fueron devueltos a mi entera satisfacción.

RESPONSABLE	COORDINADORA	CONTRALORIA
 Idalia Margosa Loera Moreno	 Diana Elizabeth Orozco Cruz	 Claudia Leticia Castro Trejo
		 Juan Carlos Zapata Davila



**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE MATEHUALA, S.L.P.
ARQUEO DE FONDO FIJO AL 27 DE ABRIL DE 2018
SIENDO LAS 8:20 HRS.**

UBICACION DEL FONDO: CASA DE SALUD MENTAL FONDO: CUOTAS DE RECUPERACION

BILLETES				
	DENOMINACION	EXISTENCIA	IMPORTE	TOTAL
	1,000.00	CERO	0	
	500.00	CERO	0	
	200.00	CERO	0	
	100.00	CERO	0	
	50.00	CERO	0	
	20.00	CERO	0	
			0 \$	-
MONEDAS:				
	DENOMINACION	EXISTENCIA	IMPORTE	TOTAL
	20.00	CERO	0	
	10.00	UNA	10	
	5.00	CERO	0	
	2.00	CERO	0	
	1.00	CERO	0	
	0.50	CERO	0	
	0.20	CERO	0	
	0.10	CERO	0	10
DOCUMENTOS				
NUMERO	FECHA	PROVEEDOR	IMPORTE	TOTAL
			\$	
			\$	\$
				10
		IMPORTE ARQUEADO		10
		IMPORTE REGISTRO EN CAJA		10
		DIFERENCIA		0
<p>Declaro que los fondos aqui detallados, son todos los que existen bajo mi responsabilidad al momento del arqueo, los cuales fueron contados en mi presencia, y me fueron devueltos a mi entera satisfacción.</p>				
	RESPONSABLE	COORDINADORA	CONTRALORIA	
	 Idalia Vanessa Loera Moreno	 Diana Elizabeth Orozco Cruz	 Claudia Leticia Castro Trejo	 Juan Carlos Zapata Davila





20. EL USUARIO DEBERA AVISAR AL PERSONAL SI DESEA IR A ALGUNA AREA DISTINTA A LA QUE SE ESTA REALIZANDO LA ACTIVIDAD DENTRO DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA.

21. SI EL USUARIO DESEA REGALAR ALGO A SUS COMPAÑEROS DEBERA PEDIR AUTORIZACION PREVIA AL PERSONAL.

22. LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA SON UNICAMENTE DE LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 3:00 PM.

23. LA SOCIALIZACION ENTRE USUARIOS SE CONSIDERA UNA ACTIVIDAD TERAPEUTICA IMPORTANTE, ES POR ELLO QUE SE FESTEJAN FECHAS SIGNIFICATIVAS, ASI QUE LOS FAMILIARES DEBEN ACUDIR Y/O COLABORAR CON LO QUE SE LES PIDA PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS.

24. EL RESPONSABLE LEGAL DEBE PAGAR SU COUTA SEMANAL TODOS LOS LUNES DE CADA SEMANA, LA CUAL INCLUYE ATENCION PSICOLOGICA, MEDICA, DE ENFERMERIA, DE TRABAJO SOCIAL, TRANSPORTE, ALIMENTACION EN TRES OCASIONES Y TERAPIA OCUPACIONAL., DICHO PAGO DEBERA SER ENTREGADO PERSONALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA.

25. EL USUARIO DEBE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL PERSONAL DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA, DE NO HACERLO SE LE SANCIONARA Y NO PODRA ASISTIR, EL NUMERO DE DIAS SERA DETERMINADO SEGUN LA FALTA COMETIDA.

26. EN CASO DE DETECTAR RECAIDAS CONTINUAS, FALTA DE APOYO Y COMPROMISO DE LA FAMILIA Y/O RESPONSABLE LEGAL PARA CON EL USAURIO, QUE EL USUARIO TENGA CONSTANTES SANCIONES POR INDISCIPLINA, PROBLEMAS DE MANEJO, QUE NO CUMPLA CON EL REGLAMENTO, EL USUARIO SE SOMETERA A UNA EVALUACION POR PARTE DEL PERSONAL DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA PARA ENCONTRAR ALGUNA SOLUCION, ASI MISMO SE LE INFORMARA AL RESPONSABLE LEGAL Y SE LE CITARA.

ESTE REGLAMENTO SE FIRMA EN LA CIUDAD DE MATEHUALA, S.L.P. EL DIA - ____ DE ____ DEL 2018.

FIRMAN DE CONFORMIDAD

SRA. ESTELA VIVANCO COSSIO
PRESIDENTA DEL SMDIF

DIANA ELIZABETH OROZCO CRUZ
COORDINACION DE CSM

FAMILIAR O TUTOR

IDALIA MARISA LOERA MORENO
TRABAJO SOCIAL CSM

RENATA NAVA TORRES.
PSICOLOGA CSM



REGLAMENTO INTERNO PARA EL USUARIO Y FAMILIARES DE CSM

1. EL CANDIDATO A USUARIO DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA, DEBERA CONTAR CON VALORACION MEDICA, PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA POR ESCRITO, MISMAS QUE SERAN AGREGADAS A SU EXPEDIENTE.
2. EL RESPONSABLE LEGAL DEBERA ACUDIR PERIODICAMENTE AL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA, PARA MANTENERSE INFORMADO SOBRE EL TRATAMIENTO, COMPORTAMIENTO, NECESIDADES ASI TAMBIEN PARA ESTAR AL CORRIENTE DE LOS PAGOS DE SU CUOTA SEMANAL.
3. EL RESPONSABLE LEGAL DEBERA ACOMPAÑAR AL USUARIO A LAS ACTIVIDADES Y/O EVENTOS A LOS QUE SEA REQUERIDO.
4. EL USUARIO Y/O SU FAMILIA NO PODRAN ESTABLECER ACTIVIDADES COMERCIALES EN EL INTERIOR DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA.
5. EL RESPONSABLE LEGAL DEBERA ATENDER Y SUPERVISAR EN SU CASA EL SEGUIMIENTO DE LAS INDICACIONES MEDICAS QUE LLEVE POR PARTE DE INSTITUCIONES DE SALUD (IMSS O SEGURO POPULAR), Y ENTREGAR DOS COPIAS DE LA DOCUMENTACION ENTREGADA PARA LOS DEPARTAMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERIA, ASI MISMO DEBERA COMUNICAR INMEDIATAMENTE CUALQUIER ALTERACION EN EL ESTADO DEL USUARIO, DE IGUAL MANERA SUS INASISTENCIAS Y SU MOTIVO.
6. EL USUARIO DEBE PRESENTARSE ASEADO EN TODOS LOS ASPECTOS, CON ROPA Y CALZADO COMODO Y ADECUADO, SIN OBJETOS DE VALOR, YA QUE EN CASO DE PERDIDA NO NOS HAREMOS RESPONSABLES DE LOS MISMOS.
7. EL USUARIO DEBE ESTAR PUNTUALMENTE AL MOMENTO DE QUE EL TRANSPORTE PASE POR EL.
8. EL USUARIO NO DEBERA DE CARGAR NINGUN TIPO DE ARMAS, COMO NAVAJAS, CUCHILLOS, O CUALQUIER OTRO OBJETO QUE PUEDA REPRESENTAR ALGUN PELIGRO PARA EL, LOS DEMAS USUARIOS Y EL PERSONAL, YA QUE SE LES SERAN RECOGIDAS, SE AVISARA AL RESPONSABLE LEGAL Y SOLO A EL LE SERAN ENTREGADOS DICHS OBJETOS.
9. EN CASO DE QUE EL USUARIO REALICE ALGUN TIPO DE DAÑO A LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA, EL RESPONSABLE LEGAL SERA INFORMADO DE MANERA INMEDIATA Y SE BUSCARA LA MANERA DE COMPENZAR EL DAÑO.
10. EL USUARIO DEBERA COLABORAR CON LA LIMPIEZA DEL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL DEPOSITANDO LA BASURA EN SU LUGAR Y RECOGIENDO EL MATERIAL UTILIZADO EN LA TERAPIA OCUPACIONAL.
11. EL RESPONSABLE LEGAL DEBERA LLEVAR UN CONTROL DE TODAS LAS CITAS MEDICAS Y ESTAR AL PENDIENTE DEL MEDICAMENTO DEL USUARIO.
12. EL USUARIO DEBE CONTAR CON EL APOYO AL 100% DE SU FAMILIA Y/O RESPONSABLE LEGAL.
13. EL USUARIO DEBE CUMPLIR LA ASISTENCIA AL 100%, DE LO CONTRARIO SE TOMARAN MEDIDAS PERTINENTES.
14. SI EL RESPONSABLE LEGAL DECIDE QUE EL USUARIO YA NO CONTINUE EN EL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA DEBERA FIRMAR EL EGRESO VOLUNTARIO Y SE DARA LA BAJA INMEDIATA DEL USUARIO.
15. EL USUARIO QUE TENGA 3 FALTAS CONSECUTIVAS INJUSTIFICADAMENTE SE DARA DE BAJA INMEDIATAMENTE Y PERDERA LOS DERECHOS DEL SERVICIO QUE BRINDA EL CENTRO DE CASA DE SALUD MENTAL ESTANCIA DE DIA.
16. EL USUARIO DEBE DE RESPETAR A SUS COMPAÑEROS.
17. EL USUARIO NO SE TOMARA ATRIBUCIONES QUE NO LE CORRESPONDEN CON SUS COMPAÑEROS NI MUCHO MENOS INVADIR SU VIDA PRIVADA Y/O FUNGIR FUNCIONES DE FAMILIA.
18. EL USUARIO DEBERA DE PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES AL MENOS QUE SUS CONDICIONES NO SE LO PERMITAN EN ESE MOMENTO.
19. SI SE LE SORPRENDE HACIENDO POLITICAS NO BENEFICAS O ALINZAS NEGATIVAS HACIA SUS COMPAÑEROS SE LES LLAMARA LA ATENCION Y SE DARA AVISO A SU RESPONSABLE LEGAL.

000050



Sistema Municipal para el
Desarrollo de la Familia
del Municipio de Matehuala, S.L.P.

**CASA DE SALUD MENTAL
TABULADOR DE CUOTAS**

FECHA DE APLICACIÓN

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Ocupación	CALIF.
DESEMPLEADO	0
SUBEMPLEADO: 1 SM	1
OBRERO: 2 - 3 SM	2
EMPLEADO: MÁS DE 3 SM	3
TÉCNICO /TRABAJA INDEPENDIENTE: 4 Ó MÁS SM	4
COMERCIANTE	5

SITUACIÓN ECONÓMICA	CALIF.
INDIGENCIA	0
DÉFICIT	1
EQUILIBRIO	2
SOLVENTE	3
EXCEDENTE	4

TIPO DE VIVIENDA	CALIF.
SIN VIVIENDA	0
JACAL / CHOZA	1
CUARTO IMPROVISADO	2
VECINDARIO	3
CASA / DPTO. POPULAR	4
DPTO. RESIDENCIAL	5

GRUPO FAMILIAR	CALIF.
10 O MÁS INTEGRANTES	0
7 A 9 INTEGRANTES	1
4 A 6 INTEGRANTES	2
1 A 3 INTEGRANTES	3

NÚMERO DE HABITACIONES	CALIF.
VIVIENDA DE UN CUARTO	
VIVIENDA CON 1 DORMITORIO	
VIVIENDA CON 2 DORMITORIOS	
VIVIENDA CON 3 DORMITORIOS	
VIVIENDA CON MÁS DE 4 DORMITORIOS	

NO. EXP.
NOMBRE:
DIAGNOSTICO:
DOMICILIO:
RESPONSABLE (TUTOR):

OBSERVACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

SUMA DE CALIFICACIONES	CALIF.
OCUPACIÓN	
SITUACIÓN ECONÓMICA	
TIPO DE VIVIENDA	
GRUPO FAMILIAR	
NÚMERO DE HABITACIONES	
TOTAL DE PUNTOS	

ESCALA DE CALIFICACIÓN					
0-3	4-7	8-11	1-15	16-20	21-25
Exento	1	2	3	4	5
\$0	\$10	\$20	\$30	\$40	\$50

Nombre y firma del
Responsable o Tutor

Nombre y firma del
Trabajador Social

Los resultados de las medidas tomadas en este tabulador se verán afectadas de conformidad al Estudio Socioeconómico, previamente realizado, ya que las cifras que se manejan no son, en su totalidad, cuantificables o medibles.

ELABORADO POR T.S. JAIME ABRAHAM WONG RAMÍREZ

000049